



TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO ANTIVACUNAS Y EL ROL DE LA ENFERMERA DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Olalla Lerín Baena

Tutora: Tamara Raquel Velasco

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| ABREVIATURAS | 4 |
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN..... | 8 |
| 1.2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA | 9 |
| 1.3. MARCO TEÓRICO | 11 |
| 1.3.1. CONCEPTOS CLAVE | 11 |
| 1.3.2. ASPECTOS LEGALES..... | 13 |
| 1.3.3. ASPECTOS BIOÉTICOS | 15 |
| 1.3.4. ASPECTOS SOCIO- SANITARIOS | 17 |
| 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO | 18 |
| 2.1. OBJETIVO GENERAL..... | 18 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 18 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 19 |
| RESULTADOS | 23 |
| 4.1. RETICENCIA VACUNAL..... | 23 |
| 4.1.1. ORIGEN | 23 |
| 4.1.2. FACTORES DETERMINANTES..... | 24 |
| 4.2. PRINCIPALES CONFLICTOS ÉTICOS ANTE LA RETICENCIA VACUNAL | 26 |
| 4.2.1. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- PROFESIONAL SANITARIO | 27 |
| 4.2.2. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- MENOR..... | 27 |
| 4.2.3. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- SOCIEDAD | 28 |
| 4.2.4. OBLIGATORIEDAD | 28 |
| 4.3. COMITÉ ÉTICO | 30 |
| 4.4. PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA VACUNACIÓN..... | 31 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 32 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1. ABORDAJE DE ENFERMERÍA. CURSOS DE ACCIÓN | 32 |
| 5.1.1. COMUNICACIÓN EFICAZ | 32 |
| 5.1.2. IMPLANTACIÓN DE DECISIÓN COMPARTIDA ANTE UN CONFLICTO DECISIONAL | 35 |
| CONCLUSIONES | 38 |
| BIBLIOGRAFÍA | 40 |
| ANEXOS | 49 |

ABREVIATURAS

- **AEFI:** *Adverse Events Following Immunization* (Eventos Adversos tras la Inmunización).
- **AEP:** Asociación Española de Pediatría.
- **AP:** Atención Primaria.
- **CAV:** Comité Asesor de Vacunas.
- **CC.AA.:** Comunidades Autónomas.
- **CEAS:** Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria.
- **CINAHL:** *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (Índice Acumulativo de Literatura de Enfermería y Salud).
- **CISNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- **CSE:** Cartera de Servicios Estandarizados.
- **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud
- **DTPa:** Difteria, tétanos y tosferina acelular.
- **ECDC:** *European Centre for Disease Prevention and Control* (Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades).
- **EE. UU:** Estados Unidos.
- **EFVV:** *European Forum for Vaccine Vigilance* (Foro Europeo para la Vigilancia de las Vacunas).
- **HB:** Hepatitis B.
- **Hib:** *Haemophilus influenzae* tipo b.
- **MenACWY:** Meningococo A, C, W e Y conjugada.
- **MenB:** Meningococo B.
- **MenC:** Meningococo C conjugada.
- **MSCBS:** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- **NIC:** *Nursing Intervention Classification*. Clasificación de intervención de enfermería.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

- **SAGE:** *Strategic Advisory Group of Experts* (Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización).
- **SCIELO:** *Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Electronica Científica En Línea).
- **SRP:** Triple vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis).
- **Tdpa:** Tétanos, difteria y tosferina acelular de baja carga antigénica.
- **UE:** Unión Europea.
- **VENICE II:** Vaccine European New integrated Collaboration Efford.
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano.
- **VPI:** Poliomiелitis inyectable.

RESUMEN

La vacunación infantil se ha impuesto como la intervención de atención primaria más efectiva en el control de enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, el advenimiento de corrientes de pensamiento que cuestionan la vacunación sistemática ha ocasionado el resurgimiento de estas enfermedades en los últimos años.

Con el objetivo de analizar y describir el fenómeno de reticencia vacunal en la población infantil desde un punto de vista bioético, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, incluyendo en el análisis artículos de revista, manuales y documentos extraídos de páginas web de organismos oficiales.

Los resultados muestran que las implicaciones éticas que se derivan de la decisión de no vacunar plantean diversos conflictos éticos (conflictos de valores) donde la enfermera tiene un papel crucial al ser la encargada del manejo de la vacunación. La pluralidad de valores, creencias y percepciones en la sociedad pone de manifiesto que la enfermera no se puede limitar a la simple información de riesgos y beneficios de la vacunación, a unos padres cada vez más implicados en las decisiones de salud de sus hijos.

Por todo ello, se ha de apostar en la formación de la enfermera para que esta adquiera habilidades de comunicación eficaz y sepa explorar los valores del paciente, estableciendo una relación clínica deliberativa y en última instancia, potenciar la educación para la salud de la población.

Palabras clave: Movimiento antivacunas; Conflicto Ético; Enfermería.

ABSTRACT

Childhood vaccination has become the most effective primary care intervention in the control of preventable diseases. However, the emergence of current thought that questions systematic vaccination has caused a resurgence of these diseases in recent years.

With the objective of analyzing and describing this phenomenon of vaccine reticence in the child population from a bioethical point of view, a bibliographic search was conducted in numerous databases, and including an analysis of magazine articles, manuals and documents extracted from accredited web pages.

The results show that the ethical implications derived from the decision not to vaccinate pose various ethical conflicts (conflicts of values) where the nurse has a crucial role in being in responsible for directing immunization and vaccination. The plurality of values, beliefs and perceptions show that the nurse cannot limit herself to the simple distribution of information on the risks and benefits of vaccination, particularly to parents increasingly involved in the health decisions of their children.

For all these reasons, it is necessary to expand training so that the nurse acquires effective communication skills and knowledge on how to explore the patient's values, establishing a deliberative clinical relationship and ultimately promoting education for the health of the population.

Key words: Anti-vaccination movement; Ethical Conflict; Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el auge del movimiento antivacunas ha sembrado dudas acerca de la seguridad, efectividad y necesidad del programa de vacunación infantil, provocando la negativa de algunos padres a vacunar a sus hijos^{1, 2}.

Esta situación plantea varios conflictos éticos (conflicto de valores); entre los padres y la sociedad (la libertad de los padres bajo el principio de autonomía de la crianza de sus hijos según sus creencias y valores, frente a la salud de terceros y el principio de justicia, al poner en riesgo a la inmunidad del grupo), entre los padres y los profesionales sanitarios (la obligación del profesional es proteger y promover los intereses en salud del menor, fundamentados en el principio de beneficencia³ en contraposición con el principio de autonomía de los padres) y por último entre los padres y el mejor (operaría el principio de no maleficencia ante la responsabilidad de los padres de autorizar un tratamiento clínicamente efectivo para la prevención de enfermedades que amenazan la vida⁴)^{1,5}.

En España, la legislación vigente preserva esta capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial⁶. Es por ello que el personal sanitario, y concretamente el profesional de Enfermería, tienen un papel esencial en la decisión de los padres y se debe desarrollar aptitudes y actitudes encaminadas a abordar dicha decisión⁷.

Esta revisión nace ante la complejidad del abordaje por parte de la enfermera ante esta situación cada vez más frecuente en las consultas Atención Primaria (AP)⁸. Busca la comprensión del movimiento antivacunas más allá de la polarización “a favor” y “en contra”. Para ello, se mostrará el marco teórico; especialmente aspectos legales, bioéticos y sociosanitarios, sobre los que se fundamentará el debate. Se analizarán aquellos determinantes que han supuesto el surgimiento de este movimiento para posteriormente dar respuesta a cómo abordar la reticencia vacunal por parte del personal de enfermería, aportando cursos de acción al debate bioético que procuren la confianza en las vacunas y en la profesión sanitaria para mantener la demanda y uso de estas.

1.2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La era de la vacunación, tal y como la conocemos actualmente, surge a finales del siglo XVIII, con la inducción artificial de la inmunidad planteada de forma científica. Edward Jenner, médico británico, comprueba en 1796 que, tras inocular en personas sanas pequeñas cantidades de viruela obtenidas de pústulas de personas infectadas por viruela bovina, las personas sanas quedaban protegidas de la variante de la viruela humana, creando así la primera vacuna contra la viruela^{2,9}. En 1800 el uso de la vacuna se extendió rápidamente por Inglaterra y otros países europeos².

En España su introducción corrió a cargo de Francisco Pigillem (1770-1826), que a finales del siglo XVIII vacunó a cinco niños en Puigcerdá (Cataluña). Francisco Salvá Campillo (1751-1828) destacó también en el campo de la vacunación antivariólica. La labor de ambos médicos condujo a la vacunación de 3.000 personas en mayo de 1801¹⁰. El primer libro en castellano sobre vacunación fue traducido por Francisco Javier Balmis (1753-1819) en 1803, se trata del “tratado histórico y práctico de la vacuna” de Jacques-Louis Moreau de la Sarthe (1771-1826), el cual supuso un antes y un después en cuanto a la información sobre vacunación, ya que ofrecía un método riguroso con una intención divulgadora¹¹.

Bajo el reinado de Carlos IV se extiende la vacunación antivariólica al continente americano a través de la “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna” (1803-1810)¹⁰ bajo la dirección de F.Balmis, utilizando la expedición para enseñar la técnica correcta de vacunación y prevenir y explicar las causas de sus posibles fracasos. Balmis ideó un sistema de vacunación antivariólica “brazo a brazo” con veintidós niños de la Coruña como portadores del fluido¹⁰. Cabe destacar el papel de la Rectora de la Casa de Expósitos de La Coruña: Isabel Sendales y Gómez¹¹, que actuó como cuidadora de los niños a bordo. Les atendió en las posibles complicaciones del viaje (gastroenteritis, parásitos, adaptación al clima), de la vigilancia de las sucesivas inoculaciones, controló que los inoculados no se relacionaran con el resto, mantuvo su higiene y pulcritud, y asistió en las operaciones, entre las muchas funciones que desempeñó. Su ejemplar entrega física y psicológica fue ampliamente elogiada y es por ello por lo que se le considera un ejemplo pionero en la historia de la enfermería pediátrica española, considerada la primera enfermera de la historia en salud pública.

Las primeras campañas de inmunización se dirigieron a enfermedades que tenían una mortalidad y morbilidad muy altas en sus comunidades. Así, el impacto de la inmunización en las enfermedades que anteriormente se consideraban una parte inevitable de la vida cotidiana fue abrumador⁹.

A partir de este momento y a lo largo del siglo XIX se van sucediendo los descubrimientos de diversas vacunas y métodos de obtención² (tabla 1) cambiando la situación epidemiológica del planeta y demostrando ser una de las formas más baratas y efectivas de intervención médica⁹.

Los programas sistemáticos de vacunación permitieron que en 1979, casi dos siglos después de la Real Expedición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamara oficialmente erradicada la viruela en todo el mundo, considerada la primera enfermedad inmunoprevenible extinta por esfuerzo humano¹⁰. A su vez, se ha conseguido la interrupción de la transmisión de la poliomielitis en casi todo el mundo, así como el control de enfermedades como el sarampión, el tétanos, la difteria, la rubeola o la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, entre otras¹².

La OMS calcula en 15,3 millones las muertes evitadas entre el año 2000 y el año 2013 gracias a la vacunación¹³. Los esfuerzos de vacunación desde el 2001, habrán evitado para el año 2020, unos 20 millones de muertes, calculándose un ahorro de 350 000 millones de dólares en costes por atención sanitaria¹². Así, las vacunas administradas a los nacidos en 2009 evitarán aproximadamente 20 millones de enfermedades y 42 mil muertes durante la vida de esa población. Eso supondría ahorros de 14 mil millones de dólares en costos directos y 69 mil millones de dólares en costos indirectos¹⁴.

Las vacunas, previenen la muerte y el sufrimiento por enfermedades infecciosas y también contribuyen a conseguir otros objetivos del desarrollo determinados por la OMS: mejoran la educación, la expectativa de vida, los viajes seguros, el empoderamiento de las mujeres, las brechas de inequidad y el crecimiento económico¹⁵.

Se obtienen a un alto costo financiero por lo que es necesario el compromiso de una gran estructura de programas públicos de vacunación y autoridades de salud, así como las acciones individuales de los profesionales sanitarios. De esta manera, para alcanzar plenamente su potencial de salud pública, las vacunas deben aceptarse, ganarse la confianza del público y utilizarse de manera amplia y adecuada los beneficios individuales y colectivos de la vacunación¹⁶.

En este contexto y con las herramientas disponibles, parece posible la erradicación definitiva de enfermedades infectocontagiosas¹³. Sin embargo, esa posibilidad se ve amenazada por el advenimiento de corrientes de pensamiento que cuestionan la vacunación sistemática de la población infantil, ocasionando el resurgimiento de enfermedades como el sarampión en Europa en los últimos años.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. CONCEPTOS CLAVE

1.3.1.1. Inmunización y vacunas

Se entiende por vacuna “cualquier preparación capaz de generar una respuesta inmune protectora y duradera contra una enfermedad mediante la producción de anticuerpos”. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos patógenos completos, muertos o atenuados, o bien de fracciones de este o de productos o derivados del microorganismo (Tabla 2).

El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran por la vía oral o bien con un vaporizador nasal¹⁷.

La vacunación induce inmunidad activa, lo que implica que se establece una memoria inmunológica y que la subsecuente exposición al agente infeccioso incrementará la respuesta inmune, eliminando al patógeno o evitando que se desarrolle la enfermedad mediada por productos del agente.

Algunas vacunas pueden administrarse en forma simultánea porque ciertos antígenos funcionan como adyuvantes de los otros. Pueden contener antígenos distintos del mismo microorganismo (denominándose poli o multivalentes), como las vacunas orales (atenuada) y parenteral (inactivada) del virus de la poliomielitis (VPI), la rotavírica pentavalente, las del Virus del Papiloma Humano (VPH), las neumocócicas (polisacárida y conjugada) o las tetravalentes de meningococo. También pueden estar compuestas por antígenos de distintos microorganismos, ya sean virus como sarampión, rubeola y parotiditis (SRP), bacterias como la difteria, tétanos y tosferina (DTPa); o bacterias y virus, como las pentavalentes (DTPa-VPI-Hib) y hexavalentes (DTPa-VPI-Hib-HB)¹⁷.

La administración simultánea genera dudas en padres con reticencia vacunal. Sin embargo, esto no suele provocar ni una menor respuesta ni más reacciones adversas. Por el contrario, de esta manera se consigue disminuir el número de inyecciones, se facilitan las oportunidades de vacunación, simplifican los programas y unifican las pautas vacunales. Todo ello lleva ahorro de material y de tiempo de administración, facilidad de transporte, almacenamiento y conservación. En última instancia, la administración simultánea proporciona una mejor aceptación de la mayoría del público general y del personal sanitario¹².

1.3.1.2. Inmunidad colectiva o de rebaño

No todos los miembros de una población pueden vacunarse. Aquellos que tiene afecciones médicas subyacentes que impiden la inmunización o la hacen ineficaz, son alérgicos a los componentes de las vacunas, son demasiado jóvenes para vacunarse o no tienen la reserva para aumentar la inmunidad a través de las vacunas (cáncer, inmunosupresión) dependen del resto de la población vacunada para su protección¹⁴.

Así, cuando un porcentaje importante de una población se vacuna, este efecto protector beneficia también a personas no vacunadas, generando lo que se denomina “inmunidad de grupo, colectiva o de rebaño”¹². Este porcentaje de vacunación para que la inmunidad de rebaño sea efectiva depende de la enfermedad inmuno-prevenible. Se expone de ejemplo la vacuna para el sarampión, la cual ha de alcanzar entre un 92-95% de vacunados para que sea efectiva².

Por tanto, los programas de inmunización se fundamentan en conseguir que todas aquellas personas susceptibles de vacunación las reciban, dado que la protección colectiva frente a un agente infeccioso comporta un menor riesgo de contraer esa infección para todo el grupo, y no sólo para los vacunados^{17,13}.

A su vez, es importante puntualizar que el riesgo de pérdida de inmunidad de rebaño no es uniforme ya que los no inmunizados tienden a agruparse, lo que aumenta aún más el riesgo local para aquellos que no pueden ser inmunizados¹³.

1.3.1.3. Reticencia vacunal

Este término surge para despolarizar las posiciones “pro” frente “anti” y ampliar el espectro de actitudes^{15,16}. Más específicamente, la vacilación de la vacuna tiene un continuo de manifestaciones que van desde el rechazo directo, retrasos en la administración hasta preguntas fugaces sobre una vacuna en particular ^{14,18} (Figura 1). Sin embargo, esta cuestión se presenta comúnmente en los medios populares con el término antivacunación, así como en gran parte de la literatura empleada en este análisis.

La OMS define reticencia vacunal como la tardanza en aceptar la vacunación o el rechazo a las vacunas, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. Tratándose de una cuestión compleja con características específicas en cada contexto y variable según el momento, el lugar y la vacuna. Incluye factores como la confianza, la accesibilidad, desinformación y la seguridad^{19,16}.

El concepto de vacilación vacunal se ha utilizado recientemente, tanto en el escenario académico como en entornos de salud pública. Se encuentran a la orden del día puesto que suscitan inquietudes acerca de la posibilidad de resurgimiento de enfermedades infecciosas ya controladas, además de discusiones éticas y de comportamiento. Los efectos de este comportamiento varían regionalmente y han estimulado el desarrollo de investigaciones para

comprender mejor y abordar este problema, lo que resulta en un creciente número de estudios y artículos científicos publicados sobre el tema en los últimos diez años¹².

1.3.2. ASPECTOS LEGALES

1.3.2.1. Normativa Española

El derecho a la protección de la salud que proclama la **Constitución Española**²⁰ en su artículo 43.1, ha sido sustentado tradicionalmente en la lucha por la curación de las enfermedades (aspecto asistencial de la salud) en un ámbito más individual que colectivo. Sin embargo, recientemente junto a tal objetivo se han abierto paso las políticas de salud pública, cuyo objetivo no es curar, sino prevenir la enfermedad, proporcionando una atención integral a la salud. Así, tal y como se recoge en el artículo 43.2 “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas”²¹.

La **Ley General de sanidad 14/1986**²² regula todas aquellas acciones que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud. Consagra en su artículo 3.1, como principio general del sistema, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Esto se completa con lo dispuesto por la **Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**²³, cuyo artículo 11 recoge las prestaciones de salud pública, entre ellas la información y vigilancia epidemiológica. En definitiva, la legislación reconoce el derecho a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de todos los ciudadanos españoles bajo el principio de igualdad, análogo del principio ético de justicia.

Las políticas públicas de inmunizaciones se basan en aplicar una técnica de demostrada eficacia y efectividad clínica, que, aun sopesando sus riesgos, constituya una solución contundente a un problema sanitario concreto. Como se ha mencionado en epígrafes anteriores, la vacunación profiláctica es la medida más efectiva en la prevención de enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, pese a ello, la aplicación en España del programa de vacunación consensuado tiene carácter voluntario.

Este hecho está basado en el principio de autonomía, tal y como refleja la **Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente**⁶, Artículo 2 “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios”, continúa “el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad”.

Sin embargo, el consentimiento informado presenta límites cuando este afecta a la seguridad de la salud pública o daño directo a terceros. A este respecto, la misma Ley General de Sanidad establece en su artículo 11.1 el deber por parte de los ciudadanos de cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios. Habrán de colaborar en las actuaciones de salud

pública, facilitando el desarrollado de tales actuaciones y absteniéndose de realizar conductas que dificulten, impidan (art. 8)²¹.

Dado la importancia de salvaguardar la seguridad de la salud pública, existen situaciones de excepción donde esta prevalece sobre el principio de autonomía estas son: **Ley Orgánica 4/1981 de estados de alarma, excepción y sitio**²⁴, por la que se actuaría adoptando las medidas oportunas para la lucha contra enfermedades infecciosas, como en los casos de epidemias. También contempla excepción la **Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública**²⁵, que permite realizar las acciones preventivas que crean oportunas con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, en situaciones de urgencia o necesidad. De este modo, se puede afirmar que la salud pública y la prevención de las enfermedades constituyen un fin constitucionalmente legítimo que como tal puede suponer un límite al derecho fundamental de ejercer el principio de autonomía en relación a la elección de tratamiento médico¹³.

A su vez, la Ley 41/2002 afirma que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al **mayor beneficio** para la vida o salud del paciente. **La ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**²⁶, recoge que “aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial”. El Tribunal Constitucional sostiene que el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres²⁷.

En cuanto al consentimiento y la comunicación de menores, la **Ley Orgánica 8/2015, de Protección Jurídica del Menor**²⁸ regula minuciosamente el derecho del menor a ser oído y escuchado. Se define como menor maduro a aquel con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención que se trate. Esta madurez será evaluada por personal especializado, que ha de tener en cuenta el desarrollo evolutivo del menor, así como la situación concreta que se trate. La mayoría de edad sanitaria se alcanza con dieciséis años o tratándose de menores emancipados, siempre y cuando no estén incapacitados. Por debajo de los dieciséis años, sin perjuicio de que los menores hayan de ser oídos y escuchados, se presume la ausencia de dicha capacidad. De esta forma, para aceptar la decisión del menor sin participación de sus representantes legales, el facultativo habrá de demostrar que el menor tiene capacidad suficiente para comprender la naturaleza y consecuencias de una determinada decisión²⁷.

Es en este contexto legal en el que se abre el debate social sobre la reticencia vacunal. Las políticas de prevención de la enfermedad a través de los programas de inmunización constituyen uno de los principales retos y logros de la medicina en este nuevo siglo.

1.3.2.2. Normativa internacional

A nivel internacional se otorga autonomía a los estados con respecto a la implementación o no de vacunación obligatoria.

No obstante, organismos europeos e internacionales como la Comisión Europea (CE) y la OMS crean planes y programas con el fin de orientar a los estados en la coordinación de sus políticas y actuaciones respecto a la vacunación. Además, completan las políticas nacionales para mejorar la salud pública y prevenir las enfermedades humanas tal y como recoge el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (UE)²¹.

A tal fin, la CE a través de la Recomendación del Consejo de 7 de diciembre de 2018 sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación (20018/CE 466/01)²⁹ se pone de manifiesto la necesidad de aumentar actividades de comunicación y sensibilización de los beneficios de la vacunación. Haciendo hincapié en la importancia de la evidencia científica y de la capacitación del profesional sanitario (tabla 3).

Entre los países de la UE, existen diferencias significativas en la organización de los servicios de salud para la implementación de la vacunación³. Con el fin de proteger la Salud Pública, un total de 11 países, de los 50 que conforman Europa, han incluido políticas de vacunación obligatoria en su legislación (Figura 2), en una o más vacunas, con el fin de frenar posibles brotes y tasas vacunales decrecientes. Cabe destacar la reciente aplicación de Francia³⁰ a partir del 1 de enero de 2018 incluyendo 11 vacunas obligatorias e Italia, que tras sufrir una epidemia de sarampión, estableció la obligación de 10 vacunas en 2017³⁰.

En el ámbito internacional, la Cumbre Mundial de Vacunación del 12 de septiembre de 2019³¹, publicó 10 acciones encaminadas a abordar las causas fundamentales de vacilación vacunal. Poniendo de manifiesto la necesidad del empoderamiento de los profesionales de salud y la importancia de brindar transparencia e información objetiva a través de los medios de comunicación.

1.3.3. ASPECTOS BIOÉTICOS

La bioética es una disciplina que surge en Estados Unidos (EEUU) en los años setenta, derivada de los cambios producidos en los avances biológicos (descubrimiento del ADN), ecológicos (recursos limitados, preocupación por el futuro del planeta) y sanitarios (avances científicos en el campo de la medicina, junto con la tecnología y el cambio producido en la relación clínica, pasando de una relación paternalista a la deliberativa cobrando gran importancia los derechos de los pacientes). El término fue acuñado por Van Rensselaer Potter en 1970 para unificar el conocimiento biológico y científico con los valores humanos³². Desde ese momento hasta la actualidad, todas las definiciones propuestas incluyen la idea de que la bioética es “un estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el conocimiento científico y por el poder

tecnológico que tenemos sobre la vida”. Reconociendo siempre la finalidad práctica de servir para orientar las decisiones en el ámbito sanitario.

En 1978, el gobierno de EEUU crea *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* que publica el Informe Belmont³². Un año más tarde, se publicó el libro de Beauchamp y Childress *Principles of Biomedical Ethics*, donde desarrollaron una de las corrientes que ha tenido mayor divulgación, la bioética principalista, en el que se enunciaban los cuatro principios que habían de guiar las actuaciones durante la práctica clínica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia³².

Posteriormente surgen diferentes métodos y escuelas de bioética como el casuismo, la ética de la virtud y la ética del cuidado, las cuales no son mutuamente excluyentes. En la actualidad la bioética tiende cada vez más a entenderse como una ética práctica que intenta resolver los problemas concretos utilizando para ello el método deliberativo³².

El presente Trabajo Fin de Grado partirá del análisis de los mencionados principios en relación con la situación de reticencia vacunal:

- El principio de **Autonomía** constituye la libertad individual, privacidad, autogobierno y libertad de elección de cada persona. Supone la libertad del rechazo de un tratamiento. Cabe puntualizar que una decisión autónoma implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. Así, en el caso de padres con reticencia vacunal, ha de prevalecer la información y la consideración de los aspectos de su vida, con el fin de que el paciente pueda tener más argumentos e información de calidad para tomar de manera autónoma sus decisiones relacionadas con su salud.³²
- El principio de **No Maleficencia** procede del *dictum* hipocrático *primum non nocere*, es decir, “primero no hacer daño”. En lenguaje clínico, correspondería a no producir daño (físico, mental, social o psicológico) intencionadamente³². En el caso de reticencia vacunal, la responsabilidad parenteral inherente a su condición como sustitutos en la toma de decisiones con su hijo implica que dichas decisiones no supongan un perjuicio en la salud del menor.
- El principio de **Beneficencia** se articula en buscar el máximo beneficio para el paciente en forma integral, no reducido tan sólo a la curación de la enfermedad. El personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo desde un enfoque holístico para ayudarle a promover sus legítimos intereses³². Así, su responsabilidad profesional en esta situación sería recomendar un tratamiento con evidencia demostrada como es la vacunación infantil.
- El principio de **Justicia** engloba en su significado la distribución equitativa de los recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad sin discriminación de etnia, edad, nivel económico o escolaridad³². En términos de vacunación, supondría

la protección de la salud pública asegurando la inmunidad de rebaño para el colectivo que no pueda recibir dicha vacuna.

Un **conflicto ético** es un conflicto de valores y se produce cuando, ante una determinada situación, no es posible respetar los cuatro principios y entran en colisión dos o más de ellos. La bioética intenta dar herramientas necesarias para la resolución de conflictos éticos, salvaguardando el mayor número de los valores enfrentados, buscando los cursos de acción más adecuados en cada caso³².

En la práctica clínica actual es habitual que existan conflictos éticos, porque entran en juego los valores de los sanitarios, de los pacientes, de sus allegados, los valores de las instituciones o los de la sociedad; una consecuencia inevitable de vivir en sociedades plurales y tolerantes con la diversidad de valores, donde las decisiones no son unidireccionales. Es por ello que la bioética ha desarrollado la **ética clínica**, una disciplina encargada de tratar aquellos conflictos éticos derivados de la asistencia sanitaria³².

1.3.4. ASPECTOS SOCIO- SANITARIOS

1.3.4.1. Cartera de servicios

Las vacunaciones forman parte de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP aprobada por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud¹.

La CSE³³ creada en 1991, ha sido y sigue siendo un pilar fundamental para el desarrollo y la mejora de los servicios sanitarios que se ofertan a la población desde el primer nivel asistencial, recogiendo diferentes prestaciones y servicios.

Su última revisión, en 2014, consta de 43 servicios de prestación preferente en AP e incluye 241 indicadores, 51 criterios de inclusión (IC) y 190 de buena atención (CBA)¹.

Como no podía ser de otra forma, dentro de los servicios al menor se encuentra el 103 de vacunación sistemática de la infancia. Como criterio de inclusión de este servicio, encontramos que los niños 0 a 14 años habrán recibido en el último año las vacunas correspondientes en función de su edad, según el calendario vacunal vigente. La cobertura está definida por la relación entre el número de niños de 0 a 14 años que cumplen los criterios de inclusión y el número de niños de 0 a 14 años susceptibles de ser vacunados, permitiendo conocer la calidad del servicio. Los CBA son objetivables, medibles, evaluables y verificables por lo que permite saber en qué punto se encuentra la cobertura vacunal.

1.3.4.2. Calendario vacunal

Un calendario de vacunación es una secuencia cronológica de las vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un área geográfica determinada o en un país.

En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) publica un Calendario común de vacunación (tabla 4) no obstante, las comunidades autónomas (CC.AA.) tienen competencia propia en su establecimiento, ejecución y evaluación. En consecuencia, existen diferentes calendarios por autonomías.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) considera un objetivo prioritario la consecución de un calendario único de vacunación que sea de máximos, de forma que se mantenga el principio de justicia en la prevención de la salud¹⁷. Los calendarios aprobados por las CC. AA. necesitan avanzar en su unificación acerca de las edades de administración de las vacunas ya que las familias, con frecuencia trasladan su residencia de una comunidad a otra y puede dar lugar a posibles pérdidas de vacunación.

1.3.4.3. Prevalencia vacunal

En la actualidad, los movimientos antivacunas se tratan de movimientos aún minoritarios, siendo los porcentajes de vacunación que se alcanzan cada año considerablemente altos.

En España, la última actualización del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)³⁴ datada en 2018, muestra un porcentaje de primovacunación en niños superior al 97% en VPI, dTPa, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Hepatitis B (HB) y Meningococo C (MenC) porcentaje que aparece prácticamente sin cambios destacables en las series desde 2008. Igualmente, los porcentajes de niños que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas se aproximan al 95%. En el caso de la triple vírica, la cual ha seguido una trayectoria más desigual, se sitúa en la actualidad en un 94,8%.

La mayoría de la población sigue el cronograma de vacunación recomendado por los profesionales o instituciones de salud, pero el desafío persiste cuando el profesional debe dirigirse de manera individual a grupos que rechazan o retrasan la aplicación de vacunas¹⁶.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

2.1.OBJETIVO GENERAL

Analizar y describir el fenómeno de reticencia vacunal en población infantil desde un punto de vista bioético, así como el rol de la enfermera ante esta situación.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar cómo surge el movimiento antivacunas y cuáles son los determinantes que han propiciado su extensión.
2. Describir los principales conflictos éticos que surgen.
3. Definir el papel de la enfermera en las situaciones de rechazo de vacunación infantil por parte de los padres.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para desarrollar el presente Trabajo Fin de Grado se basa en una revisión bibliográfica narrativa para dar respuesta a las cuestiones planteadas en cuanto al movimiento antivacunas.

Para realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos, primero se ha transformado de un lenguaje natural a un lenguaje controlado aquellos términos con los que se realiza la búsqueda, a través de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y posteriormente a idioma inglés con *Medical Subject Headings* (MeSH), como sigue:

| LENGUAJE NATURAL | CASTELLANO (DeCS) | INGLÉS (MeSH) |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Enfermería | Enfermería | Nursing |
| Comités de ética | Comités de Ética | Ethics Committees |
| Principios éticos | Ética Basada en Principios | Principle-Based Ethics |
| Antivacunas | Antivacunas | Antivaccines |
| Rechazo de vacunas | Negativa a la vacunación | Vaccination Refusal |
| Conflicto entre los padres | Conflicto Familiar | Family Conflict |
| Deberes y derechos de los padres | Responsabilidad Parental | Parenting |
| Barreras en la comunicación | Barreras de Comunicación | Communication Barriers |
| Grupos anti-vacuna | Movimiento Anti-Vacunación | Anti-Vaccination Movement |
| Concienciación sobre las vacunas | Programas de Inmunización | Immunization Programs |
| Pediatría | Pediatría | Pediatrics |

Se realizó una búsqueda entre los meses de enero y marzo de 2020 en las bases de datos PubMed, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Elsevier's Scopus (Scopus), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), DIALNET, ENFERTECA y CUIDEN.

Como **estrategia de búsqueda** en las bases de datos se combinaron, utilizando los booleanos AND/OR, los descriptores DeCS/Mesh vistos anteriormente. En algunas bases de datos, debido al gran número de resultados obtenidos con la combinación de palabras clave, se aplicaron filtros en la primera búsqueda para hacerla más precisa:

- Texto disponible: texto completo.
- Idioma: inglés o castellano.
- Realizados en humanos.
- Fecha de publicación: últimos 5 años.
- Edad población: desde recién nacido a adolescente (18 años).
- Textos incluidos: revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos controlados aleatorizados, revisiones, artículos de revista y manuales.

A su vez, se ha recopilado artículos mediante el sistema “en bola de nieve”, utilizando la bibliografía citada en aquellos artículos considerados de más interés.

Se ha explorado páginas web de organismos oficiales, como la de la del MSCBS, la OMS, el Comité Asesor de Vacunas (CAV), AEP, *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) y Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Para el marco legislativo, se ha recurrido al Boletín Oficial del Estado (BOE) y el Diario Oficial de la UE.

Una vez obtenidos los resultados, se sometieron a unos **criterios de inclusión** para seleccionar los artículos más convenientes a utilizar en el análisis. Los criterios de inclusión fueron:

- Contenido que hiciese referencia al origen del movimiento antivacunas y los factores determinantes.
- Contenido que hiciese referencia a la vacunación, inmunización e inmunidad de rebaño.
- Contenido que hiciese referencia a la prevalencia vacunal en España y calendario vacunal.
- Contenido que hiciese referencia a los conflictos éticos en reticencia vacunal.
- Contenido que hiciese referencia a los aspectos legales en cuanto a vacunación en España y a nivel internacional.
- Contenido que hiciese referencia al estudio de los conocimientos y actitudes de los profesionales y pacientes ante reticencia vacunal.
- Contenido que hiciese referencia al papel de la enfermera ante reticencia vacunal y la forma de abordaje de esta.

Como **criterios de exclusión**, se rechazaron trabajos con título y/o resumen con enfoque no adecuado para el análisis; reticencia vacunal por parte del profesional sanitario, vacuna contra influenza y aquellos que versaban sobre vacunación en adultos o en niños con enfermedades

basales (utilizando booleano “NOT”). Dado que se produce duplicidad de artículos en las diferentes bases de datos, se descartó aquellos que ya se habían propuesto para el estudio anteriormente.

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Filtros usados | Artículos encontrados | Artículos leídos | Artículos elegidos |
|---------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| PUBMED | “Vaccination refusal” AND “Nursing | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. Edad: 0-18 años. | 19 | 5 | 2 |
| | “Vaccination refusal” AND “Ethics” | | 40 | 10 | 7 |
| | “Communication” AND “Vaccination Refusal” AND “Nursing” | | 6 | 3 | 1 |
| | “Immunization Programs” AND “Nursing” NOT “Influenza” | | 31 | 6 | 3 |
| | “Vaccination Refusal” AND “Pediatrics” | | 63 | 6 | 1 |
| DIALNET | Movimiento antivacunas | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. | 12 | 4 | 2 |
| | Movimiento antivacunas y Ética | | 5 | 3 | 1 |
| | Movimiento antivacunas y Profesional Sanitario | | 2 | 2 | 1 |
| CINAHL | Vaccination refusal AND Ethics | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. | 4 | 1 | 0 |
| | Vaccination refusal AND Parenting | | 15 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| ENFERTECA | Movimiento antivacunas | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. | 1 | 1 | 1 |
| CUIDEN | Movimiento antivacunas | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. | 2 | 1 | 1 |
| SCOPUS | Vaccination refusal AND ethic | Antigüedad <5 años. Texto completo. Humanos. Idioma: inglés y castellano. Edad: 0-18 años. | 50 | 6 | 4 |
| SCIELO | Vaccination refusal | Antigüedad <5 años. Texto completo. Idioma: inglés y castellano. | 19 | 9 | 8 |

De los artículos encontrados en las diferentes bases de datos, se seleccionaron para lectura 59 artículos, de los cuales finalmente se eligieron 33 para el desarrollo del Trabajo. Utilizando el sistema “en bola de nieve” se añadieron un total de 13 artículos. A través de páginas web se incluyeron 16 documentos, haciendo un total de 62 citas bibliográficas.

Dado que la reticencia vacunal constituye un tema con una problemática social cambiante, se decidió emplear artículos publicados en los últimos cinco años, para con ello obtener una perspectiva más actual. Así, el 72% del total de la documentación empleada para el análisis tiene una antigüedad de 5 años, excluyendo de esa franja manuales de vacunación, documentación acerca de la evolución histórica de las vacunas o aquellos artículos que por sus características resultan de especial interés para el desarrollo del Trabajo.

4. RESULTADOS

4.1. RETICENCIA VACUNAL

4.1.1. ORIGEN

De manera paralela a la aparición y el desarrollo de las vacunas, también lo hicieron los primeros grupos antivacunas³⁵. Los primeros grupos antivacunas organizados surgieron en Reino Unido en 1853 al constituir la Liga Antivacunación (*The Anti-Vaccination League*) como respuesta a la promulgación de la primera campaña de vacunación obligatoria³⁵. Dos décadas más tarde, el movimiento antivacunas se extiende también a EEUU consiguiendo en 1907 la derogación de leyes de vacunación obligatoria en diferentes estados celando a los derechos individuales².

El movimiento antivacunas como movimiento organizado llegó a España en 1980 con la creación de la Liga Nacional para la Libertad de la Vacunación, vigente hasta la actualidad a través de su propia revista y página web, colaborando con otras asociaciones homólogas europeas en la creación de un Foro Europeo para la Vigilancia de las Vacunas *European Forum for Vaccine Vigilance* (EFVV)².

En 1998 se produjo uno de los acontecimientos más importantes y sonados del movimiento antivacunas. El médico británico Andrew **Wakefield** publicó en la prestigiosa revista ***The Lancet*** un estudio que aseguraba la relación entre la vacuna triple vírica y trastornos autistas³⁶. Aunque tras ello, la OMS desmintiera dicha asociación, esta influyó negativamente en la percepción de la seguridad de las vacunas, aumentando el número de adeptos a esta corriente³⁷.

Tras ello, se producen una serie de acontecimientos que levantaron la alarma sanitaria. En 2014 se produjo en Disneyland (California) un brote de sarampión en el que reportaron 125 casos, en su mayoría población no vacunada^{2,14} en un país que desde 2000 tenía declarado el sarampión como enfermedad erradicada³⁵. A nivel nacional destaca el caso de **Granada** en 2010, donde un brote de sarampión llevó a la autorización de la vacunación forzosa⁵ de una treintena de niños que vivían en una comunidad con estilo de vida alternativo². Otro hecho que tuvo gran impacto mediático ocurrió en 2015 cuando se diagnosticó en Olot, **Girona**, un caso grave de difteria en un niño no vacunado que murió a consecuencia de la enfermedad. Se detectaron 7 casos de portadores de bacilo diftérico entre los contactos no vacunados del enfermo, los padres declararon que tomaron esta decisión influidos por un grupo antivacunas de carácter naturista que había dado conferencias en la localidad³⁸.

4.1.2. FACTORES DETERMINANTES

Los determinantes del reticencia vacunal son complejos y pueden atribuirse a la confluencia de varios factores socioculturales, políticos y personales; dudas sobre la necesidad real de vacunas, inquietudes sobre su seguridad, temor a posibles eventos adversos, inquietudes sobre una posible "sobree Exposición del sistema inmunitario", experiencias negativas pasadas con vacunas o desconfianza de la seriedad de la industria farmacéutica y el sistema de salud¹⁶. El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE)¹⁸ creado en 2012 por la OMS clasificó los determinantes en tres categorías principales: contextuales, individuales y sociales (Tabla 5).

A continuación, se muestran los principales detonantes encontrados en la literatura que procuran las diferencias interpersonales descritas anteriormente.

4.1.2.1. Concepto de salud

Hoy en día no existe un concepto objetivo de salud porque en su definición intervienen siempre los valores y el proyecto de vida de cada persona¹. Para aquellos que deciden no vacunar a sus hijos, la salud es la búsqueda de un equilibrio entre un bienestar físico, emocional y espiritual, el cual se alcanza mediante la experiencia. La pérdida de la salud no se percibe como algo necesariamente negativo; enfermar, afrontar la adversidad, permite también el crecimiento personal¹.

Sustentan que la participación del Estado en salud reproduce una "cultura de salud" adoctrinada. En definitiva, desconfían de las recomendaciones y obligaciones en salud del que consideran un *paradigma biomédico obsoleto con una verdad incuestionable*³⁹. De esta manera, la protección frente a la enfermedad no es entendida de manera colectiva, sino más bien individual y por ello prefieren reforzar un sistema de autoprotección basado en una buena alimentación o medicinas alternativas. Roberts, J et al⁴⁰ describen argumentos parentales sobre la obtención de una inmunidad natural y la preocupación por la sobrecarga inmunitaria artificial que puede significar el calendario vacunal en los primeros meses de vida.

Sitúan la salud/enfermedad en el ámbito individual y privado, fuera de los márgenes del contrato social, defendiendo que sus decisiones en salud son un derecho no alienable por el Estado o la autoridad sanitaria⁴¹. Por tanto, se sienten exentos de responsabilidad sobre las externalidades (positivas o negativas) que su decisión pueda tener sobre el resto de colectividad. Así, la disonancia que puedan producir individuos no vacunados que se aprovechan de la inmunidad de grupo (*free-riders*) se percibe como un fenómeno ajeno, ya que ellos se muestran coherentes respecto a su concepto de salud y responsables sobre la salud de sus hijos, al no descargar esa responsabilidad en las instituciones.

4.1.2.2. Paradoja de la vacunación y percepción del riesgo

El debate sobre la reticencia vacunal encierra una gran paradoja; las vacunas pueden considerarse víctimas de su propio éxito. En aquellos países en los que las tasas de vacunación han obtenido los mayores logros es donde precisamente las vacunas son vistas con mayor sospecha⁵.

Según disminuye la aparición de una enfermedad, la necesidad de una vacuna resulta menos evidente para la población. En la actualidad, con la disponibilidad de vacunas nuevas y efectivas, la epidemiología de las enfermedades infecciosas ha experimentado cambios importantes. Así, la mayoría de las personas que consultan sobre vacunas y el personal que les atiende no han tenido experiencia de primera, segunda o tercera mano con algunas enfermedades prevenibles por vacunación que hasta hace pocas décadas asolaban la humanidad, lo que ha hecho que estén caigan en el olvido^{14,16}.

Cuando se consiguen altas coberturas vacunales, la preocupación por los efectos adversos de una vacuna puede sobrepasar a la preocupación por la enfermedad para la cual se aplicó⁴¹. Las vacunas se administran en general a personas sanas, mayoritariamente niños, por lo que la atención se centra en los aspectos relativos a una seguridad vacunal en una sociedad que vive la cultura de “riesgo cero”³⁵. Por ello, aunque la aparición de reacciones adversas graves es infrecuente, la sociedad no está preparada para asumirlas⁴² y los posibles acontecimientos adversos tendrán mucho más eco que los datos estadísticos de efectividad.

Esto nos lleva a pensar que la controversia de las vacunas es fundamentalmente una controversia sobre la percepción del riesgo.

Según McKee y Bohannon⁴³ en su estudio sobre las razones de los padres para no vacunar destacan que algunos padres creen que las enfermedades para las que vacunamos no son muy frecuentes, por lo que sus hijos corren un riesgo mínimo de contraer estas enfermedades. También creen que los posibles efectos secundarios negativos de la administración de la vacuna superan los beneficios de estas. Muchos padres no ven las enfermedades prevenibles como graves, o como una amenaza para la vida, y preferirían no poner productos químicos adicionales en los cuerpos de sus hijos.

La estrategia de las autoridades sanitarias en sus comunicados provacunales es comparar la tasa de mortalidad con y sin vacuna, con el fin de conseguir una medida objetiva del riesgo para que sea percibido por todos los sujetos por igual⁴³. Sin embargo, los padres/madres perciben un riesgo individual de enfermar bajo y un balance invertido del beneficio/riesgo de la vacunación.

4.1.2.3. Regla de las 3C

Al refinar aún más la definición de vacilación de vacunas, el Grupo de trabajo SAGE ¹⁸ evaluó una serie de modelos conceptuales para comprender y agrupar los determinantes de rechazo vacunal. La revisión de estos modelos reafirmó que la vacilación de la vacuna es compleja y no está impulsada por un conjunto simple de factores individuales. Para el SAGE, los determinantes de este comportamiento pueden caracterizarse por el **modelo 3C**, un modelo intuitivo fácil de comprender que servirá como resumen de todos los conceptos expuestos anteriormente.

- **Confianza** se define como el grado de confianza que tienen los padres en
 - 1) La efectividad y seguridad de las vacunas.
 - 2) El sistema que los entrega; los servicios de salud y los profesionales de la salud.
 - 3) Las motivaciones de los responsables políticos que deciden sobre las vacunas necesarias.
- **Complacencia** existe cuando los riesgos percibidos de enfermedades prevenibles por vacunación son bajos y la vacunación no se considera una acción preventiva necesaria.
- **Conveniencia** es el grado en que factores como la calidad del servicio (real y/o percibido), disponibilidad física, asequibilidad, contexto cultural, así como la accesibilidad de las vacunas y servicios de salud, afectan a la aceptación de la mismas¹⁶.

4.2. PRINCIPALES CONFLICTOS ÉTICOS ANTE LA RETICENCIA VACUNAL

La **ética de la vacuna**⁴⁴ se ha conceptualizado como “un conjunto de problemas en la intersección de la política de salud pública, la ética clínica y la ética profesional” . En el caso de este último, surgen problemas éticos cuando el personal sanitario tienen que decidir la mejor manera de evaluar y cumplir con sus responsabilidades cuando se enfrentan a padres que rechazan la inmunización.

La infancia tiene particularidades que abordar desde la bioética y las vacunas son un aspecto más de estas particularidades. El concepto de “menor” ha evolucionado a lo largo de la historia. Diego Gracia¹⁵ señala que “el modo como se defina la infancia acaba teniendo inmediatamente consecuencias morales, que es preciso estudiar. El menor ha sido siempre para la sociedad un problema moral” cuyo interés debe entenderse bio-psico-socialmente, un concepto introducido por George Engel⁴. A través de ese enfoque, se consigue evitar el reduccionismo biomédico y, en consecuencia, un razonamiento diagnóstico y terapéutico clínicamente inadecuado.

4.2.1. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- PROFESIONAL SANITARIO

La defensa del principio autonomía es una gran conquista de la ética sanitaria⁴⁵ Dicho principio ha contribuido a que se respete la libertad de los individuos para rechazar un tratamiento que no creen necesitar. El respeto por parte del profesional sanitario a la autonomía de los pacientes con reticencia vacunal suscita un conflicto ético entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia.

Los profesionales sanitarios tienen obligaciones éticas basadas en la **autonomía** con los padres, al ser estos los que han de tomar la decisión sustituyendo al paciente pediátrico.

Sin embargo, el modelo de responsabilidad profesional en ética pediátrica³ establece que la obligación de la enfermera es promover los intereses en salud del niño, administrando un tratamiento clínicamente beneficioso, fundamentados en el principio de **beneficencia**.

El principio de Beneficencia está rigurosamente basado en la evidencia. Esto supone que el profesional sanitario ha de facultar a los padres con **información y recomendaciones basadas en evidencia** para que estos puedan cumplir con sus responsabilidades⁴⁶.

4.2.2. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- MENOR

La **autonomía** de los padres se ve limitada de manera justificada por las obligaciones basadas en el principio de **Beneficencia** en relación a su hijo⁴⁶. La autoridad de los padres para tomar decisiones sobre la atención clínica de sus hijos es una función directa inherente a que los padres cumplan con su obligación con la salud de sus hijos, evitando enfermedades que amenazan la vida.

Dado que los riesgos de la no vacunación podrían derivar en un perjuicio para la salud de su hijo, con la posibilidad de contraer una enfermedad inmunoprevenible, la libertad ideológica de los padres se vería limitada apelando al principio de **no maleficencia**²¹.

A su vez, cabe contemplar aquellas situaciones en las que se ha de atender a la **autonomía del menor** para decidir sobre su tratamiento. Como ya se ha citado, la Ley Orgánica 8/2015²⁸ establece la mayoría de edad sanitaria a los dieciséis años y al derecho del menor a ser oído desde los doce años, edades donde se encuentra la quinta dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tosferina (Tdpa), la vacuna frente a los meningococos ACWY (MenACWY) y VPH¹². Así, habría que tener presente aquellas situaciones en las que exista un conflicto ético entre la autonomía de los padres y del menor.

4.2.3. CONFLICTO ÉTICO: PADRES- SOCIEDAD

La autonomía ha de ser matizada en aquellos contextos donde el interés colectivo ha de ser atendido y conjugado en su protección con el interés individual. En este contexto, se puede afirmar que opera el **principio de justicia** ya que la reticencia de las personas a ser inmunizadas corre el riesgo de un aumento en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en el resto de la comunidad⁵.

Uno de los problemas a los que se enfrenta la bioética ante esta situación de reticencia vacunal es que la justicia y la beneficencia son difíciles de casar con una concepción de la autonomía centrada en la defensa de la libertad individual y el consentimiento. Sin olvidar la indispensable protección de la autonomía del enfermo, los principios de beneficencia, justicia y no maleficencia deben reivindicarse en esta situación⁴⁵.

4.2.4. OBLIGATORIEDAD

La obligatoriedad de la vacunación es otro de los conflictos que surgen entre la libertad de los padres frente a la sociedad, y la obligación del estado de proteger la salud de los individuos, es decir, de establecer límites.

La ordenanza de inmunización infantil puede resultar atractivo tanto para el ciudadano de a pie como a profesionales sanitarios, ya que se antoja como una solución directa para abordar el importante problema de rechazo vacunal. Así, en la última década varios países han fortalecido o contemplado la legislación obligatoria. Apelan al principio de Beneficencia y Justicia por encima del principio de Autonomía de los padres ya que defienden que la libertad de elección no es absoluta en el momento en que han de tener en cuenta los derechos de los demás, incluido el derecho a vivir en una sociedad libre de enfermedades infecciosas que se previenen mediante la vacunación^{47,48}.

Sin embargo, como ha demostrado la historia, la planificación e implementación de un programa obligatorio no es una intervención sencilla, principalmente debido a preocupaciones éticas sobre la coerción.

A nivel nacional algunas normas autonómicas sobre educación exigen, para el acceso a los centros escolares, acreditar que se ha cumplido con el calendario de vacunas de la Comunidad. Tales previsiones no suponen cláusulas de vacunación obligatoria ya que la consecuencia del incumplimiento es la inadmisión en el correspondiente centro y no la vacunación forzosa. Los Tribunales de Justicia que se han enfrentado a dicho debate, finalmente han aceptado la exigencia pública de vacunar al menor. Puede verse, a este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 28 de marzo de 2000⁵.

No obstante, hacer que la inmunización compita con el acceso al preescolar, en particular para los niños desfavorecidos vulnerables, puede ser especialmente problemático. Tal y como ha establecido la OMS en los objetivos para el milenio, la educación es un determinante social de la salud. De esta forma, se podría argumentar que los niños son “castigados” al ser retirados de su derecho a la educación a causa de una decisión de sus padres sobre la vacunación⁴⁸.

Es importante destacar que no existe un método uniforme para la implementación de vacunación obligatoria, ni existe un alcance común para dichos programas. Se podrían considerar los siguientes escenarios posibles para ello⁴⁹:

- **Escenario 1: Obligar a todos los padres a vacunar a sus hijos o enfrentar consecuencias legales.** El enjuiciamiento recaería sobre los padres que no vacunen a sus hijos, incurriendo así en perjuicio de la familia y por tanto del menor. Además, dado que las vacunas, como cualquier medicamento, no son 100% efectivas ni 100% seguro, otra consideración ética sería la compensación por eventos adversos graves después de la inmunización (AEFI)⁴⁸. Debe reservarse para la prevención de emergencias de salud pública, como las epidemias de sarampión, donde se dispone de intervenciones seguras y efectivas reguladas por la legislación vigente.
- **Escenario 2: Vacunar a los niños en la escuela sin el consentimiento de los padres o permitir el rechazo de la vacuna solo para niños educados en el hogar o aquellos inscritos en escuelas privadas.** Una de esas dificultades es que niega a los niños el bien de una educación financiada con fondos públicos. Esta opción, además, puede conducir a la congregación geográfica de individuos susceptibles al asistir a las mismas escuelas privadas. Debe ser rechazada.
- **Escenario 3: Exigir la vacunación de los niños con la opción de que los padres opten por no participar.** Contempla el respeto a la libertad mientras se usa el poder estatal para alentar la adopción de la vacuna. Permite el rechazo mediante la exclusión voluntaria⁴⁹. Es el escenario utilizado en la mayoría de los programas; por ejemplo, Estado de California, EE. UU. después de 2016, Australia después de 2016)⁴⁸.

Pero ¿son realmente efectivos los programas de vacunación obligatoria?

La cobertura vacunal en España, a pesar de la no obligatoriedad, es incluso superior a la de algunos países en los que la vacunación sí es obligatoria. Ello se debe a varias razones, entre las que cabe destacar: a) la implicación de los profesionales de AP, con un papel destacado de la enfermería; b) las campañas institucionales de promoción de la vacunación; c) el papel difusor, formativo e informativo entre los pediatras y la población general que ejercen las sociedades científicas; d) la generalizada aceptación de las vacunas entre los padres para sus hijos en la población española; e) la gratuidad de las vacunas del calendario vacunal oficial, y f) la debilidad y la escasez de movimientos antivacunas fuertes y de potente implicación social en España¹.

El proyecto Vaccine European New integrated Collaboration Efford (VENICE II), subvencionado por ECDC, determina que no existen diferencias en la cobertura vacunal entre países europeos en los que la vacunación es obligatoria y en los que no lo es. Aconsejan seguir el ejemplo de los países donde la vacunación no es obligatoria, en los que para conseguir unas mayores coberturas vacunales se utilizan estrategias de comunicación y de concienciación de la población sobre los problemas de salud pública⁴⁷.

En 2015, Betsch et al⁵⁰ realizaron un experimento en el que se observó el comportamiento de dos grupos ante la simulación de una supuesta implantación de vacunación obligatoria mostraron que, ante la obligatoriedad, los padres incluidos en el grupo de intervención mostraban más sentimientos negativos hacia las vacunas, provocando un aumento del rechazo a la vacunación de un 39%. Estos sentimientos no aparecieron tan claros en el grupo de control, en el que las vacunas eran voluntarias. Por tanto, se interpreta que la obligatoriedad de las vacunas no aumentaría las tasas de vacunación, sino que aumentarían los grupos de antivacunas y su actividad para conseguir la libre elección³⁷.

Por ello, la implantación de un sistema de inmunización obligatoria no puede ser considerado como principal curso de acción para solventar el conflicto de valores existente. Intentar resolver el conflicto ético aplicando una inmunización obligatoria no solo supondría desaprovechar la importante labor de la enfermera en este sector, sino tal y como se ha justificado anteriormente, no garantiza el éxito.

4.3. COMITÉ ÉTICO

Cuando los profesionales sanitarios se encuentran ante alguno de los anteriores conflictos éticos, pueden recurrir al dictamen asesor del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS)¹⁵.

Los CEAS asesoran a los profesionales de la institución y a los usuarios del centro sobre conflictos éticos. Son multidisciplinarios y plurales y tienen una metodología de trabajo que facilita la deliberación abierta y participativa³². En definitiva, procuran mejorar la calidad asistencial ayudando a la enfermera a resolver los conflictos éticos ante reticencia vacunal a través de sus siguientes funciones³²:

- Educativa: forman en bioética en la institución donde están radicados. La enfermera puede recibir cursos de capacitación que se impartan de manera formal a través de talleres o seminarios. Existe también una función educativa a la comunidad, la cual se puede ejercer a través de variadas actividades o programas.
- Consultiva: analizan de forma precisa los conflictos éticos que han suscitado dudas entre el profesional sanitario, los pacientes o sus familias. Tras ello, proponen recomendaciones a través de protocolos o sugerencia de cambios o modificaciones en la forma de trabajo.

Sin embargo, a pesar de ser herramientas enormemente útiles, son infrautilizados tanto por los profesionales como por los usuarios que muchas veces desconocen su existencia y sus funciones³². Es por ello por lo que se ha de instar, tanto a profesionales como usuarios, en la existencia y utilidad de estos.

4.4. PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA VACUNACIÓN

Es función de la enfermera de AP, pediátrica y de salud escolar, entre otras especialidades, la vacunación tanto en menores como en adultos y la encargada de llevar a cabo los servicios de vacunación infantil de la CSE.

Dentro de la clasificación de intervenciones enfermeras NIC (*Nursing Intervention Classification*)⁵¹, se encuentra el **manejo de la inmunización y vacunación**, definido como el “control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y el suministro de vacunas, para evitar enfermedades contagiosas”. Dentro de esta se encuentran actividades como la explicación del programa de inmunización recomendado para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios. También será competencia de la enfermera revisar anualmente los registros de inmunizaciones para determinar si están completos y detectar posibles casos de reticencia vacunal para comenzar diferentes acciones en su abordaje.

La actuación de la enfermera, en especial en AP y pediátrica, resulta primordial por ser la principal fuente de información de los padres. A través de las periódicas revisiones médicas previstas en el CSE, la enfermera tendrá un continuo contacto con los responsables legales del menor.

5. DISCUSIÓN

5.1. ABORDAJE DE ENFERMERÍA. CURSOS DE ACCIÓN

Se ha constatado que la negativa a la vacunación plantea problemas de índole compleja que no pueden responderse con soluciones rígidas, unívocas y definitivas⁵².

Por el contrario, el profesional de enfermería puede desarrollar diferentes cursos de acción para abordar esta situación.

5.1.1. COMUNICACIÓN EFICAZ

Un estudio con 268 mujeres⁵³, reflejó que la satisfacción de las madres sobre la información de vacunas recibida era de 6,6 sobre 10. Consideran que la información que reciben en los servicios sanitarios es escasa, se centra en el calendario vacunal y no está exenta de valores. Así, refieren intentos de convencerles para que vacunen a sus hijos/as utilizando estrategias que califican de culpabilizadoras y estigmatizantes, produciendo incluso un efecto contrario al pretendido. En ese sentido, madres y padres que no vacunan piden más diálogo y respeto hacia su decisión⁴¹. Se pone de manifiesto que es más probable que un usuario satisfecho cumpla con las recomendaciones sanitarias y busque activamente ayuda. Una buena comunicación con el usuario de los servicios sanitarios se considera decisiva para asegurar grados óptimos de satisfacción.

Una reacción común de la enfermera en relación con los padres con reticencia vacunal es considerar que necesitan educación sobre la seguridad y los beneficios de las vacunas, con el supuesto de que esas intervenciones empujen a los padres a la vacunación por sí mismas. Si bien algunos padres con reticencia vacunal tienen ideas erróneas, la aceptación de esta postura no se encuentra solo en poblaciones sin acceso a una información suficiente, sino todo lo contrario, en grupos sociales con máximo grado de instrucción sobre fabricación, composición y riesgos. Por ello, la enfermera no se puede limitar a informar simplemente⁷ ya que el respeto al principio de autonomía no se puede confundir con la delegación de dicha responsabilidad amparándose en el *“yo ya le informé de todo, ahora la responsabilidad es suya”*¹.

Se debe ir más allá, **entender las razones** de los pacientes, sus preferencias, sus valores o sus limitaciones, la diversidad en las concepciones de salud y la respuesta a la enfermedad, la diferente concepción del riesgo, el contexto y preferencias en cada ocasión. Todo ello permitirá elaborar una estrategia más efectiva y respetuosa con los diferentes enfoques y teniendo siempre presente la autonomía de las personas^{13,52}. Los profesionales sanitarios deben comprender que, en última instancia, los padres intentan hacer lo que consideran mejor para sus hijos.

5.1.1.1. Formación

Resulta imprescindible para la enfermera **mejorar habilidades de comunicación y adquirir hábitos deliberativos**. Frente a la confrontación es fundamental la **empatía** la cual permite explorar las emociones del paciente y validar sus sentimientos, aunque el profesional no comparta sus valores y puntos de vista⁵⁴. Estrategias que les permitan generar confianza y proteger la relación terapéutica a través de la capacitación adecuada en gestión de conflictos y técnicas de comunicación⁵⁵.

La profesión de enfermera, en su continúa **formación**, deberá incluir estrategias para una comunicación eficaz con el fin de lograr los objetivos de educación en salud. Un estudio cuantitativo realizado a 438 enfermeros, de 7 hospitales públicos de Valencia⁵⁶ muestra resultados que implica que los cursos de formación específica ayudan a los enfermeros a regular mejor sus emociones e interactuar de manera más efectiva con el paciente, ya que una excesiva implicación emocional con el paciente puede ser perjudicial a la hora de manejar situaciones complejas dentro del contexto sanitario. En este sentido, la formación ha de ir encaminada en potenciar habilidades y competencias⁷ a través de los siguientes aspectos:

- **Escuchar atentamente las preocupaciones de los padres:** dedicar tiempo para identificar si estas inquietudes se derivan de la falta de conocimiento, confusión, conceptos erróneos, miedo o experiencia previa con la lesión de la vacuna. Les indicará que la enfermera se compromete a cumplir una función de cuidado para su hijo.
- **Plantear objetivos.** Los padres con reticencia vacunal probablemente comparten muchos de los objetivos de cuidado de la enfermera para el menor y se debe continuar trabajando con los padres en muchos otros objetivos de atención pediátrica.
- **Comunicación consciente.** Prestar especial atención al tono, el lenguaje corporal y el marco de información ya que afectan la forma en que los padres reciben esta información. Reflexionar acerca de si se está formulando comentarios y preguntas de manera que juzguen o desapruében los puntos de vista, o en un tono condescendiente o abrasivo.
- **Enfoque personalizado.** Implica discernir cuándo y con qué frecuencia deben ocurrir las intervenciones educativas.
- **No asumir que los padres con reticencia vacunal no pueden cambiar de posición.** Muchos padres que inicialmente rechazan vacunas específicas o todas las recomendadas indican que sus puntos de vista sobre la vacuna evolucionan y que están reevaluando constantemente sus decisiones.

Para dicha formación, se propone a su vez emplear el **método de comunicación C.A.S.E.**⁵⁷ (Figura 3) el cual defiende que una intervención exitosa deben incluir una relación de confianza y conexión emocional.. Este consiste en comprender la naturaleza de la vacilación vacunal (Corroborar) e identificar una meta o aspiración otorgando normalidad y naturalidad, sin prejuizar. Tras esto, la enfermera transmite su experiencia personal y evidencia para abordar las inquietudes del paciente (*About me/ sobre mí*), con ello consigue mostrar empatía con él. Posteriormente, la enfermera debe resumir los aspectos científicos (*Science*, ciencia) que aborda el tema y aconsejar, asegurándose de que el paciente escuche y comprenda las recomendaciones y el porqué de estas.

5.1.1.2. Conocimiento sobre seguridad y eficacia de las vacunas

Los padres se muestran exigentes con la información, como resultado de la intención de participar activamente en las decisiones de salud⁵². Demandan información honesta, objetiva y fiable sobre los riesgos. De esta manera, cuando las visitas a AP no cumplen sus expectativas recurren a otras fuentes, generalmente webs, homeópatas o naturistas, accediendo a información que en ocasiones no está contrastada o no son capaces de interpretar adecuadamente. Este hecho puede generar dudas sobre la eficacia y la seguridad de las vacunas y ser el origen de la desconfianza hacia el sistema sanitario^{52,58}.

El conocimiento de los efectos secundarios y beneficios que pueden producir las vacunas son aspectos por mejorar, si se pretende que la vacunación no sea un campo abierto a la duda constante⁴¹. La enfermera deberá tener los conocimientos necesarios para **contrarrestar los argumentos** del grupo con reticencia adecuándose al paciente de manera que éste entienda con facilidad. La aplicación como profesionales del principio de beneficencia obliga a disponer de **evidencia** para hacer una recomendación preventiva. Así, la recomendación de vacunación debe apoyarse en una **información detallada, veraz y objetiva**. Está Incluirá los beneficios esperados al evitar posibles complicaciones de la enfermedad que previenen¹ así como también pondrá de manifiesto que la respuesta inmunitaria puede no ser completa y uno se puede vacunas y presentar la enfermedad, así como las posibles reacciones adversas¹. De hecho, la información de los riesgos ante cualquier intervención está recogido dentro del consentimiento informado^{27,52} y evitará una dinámica de falsas expectativas respecto a la infalibilidad de la ciencia que induce a reafirmarse en su decisión⁵⁹.

Será necesario que sea un **mensaje unificado**¹⁴ de profesionales sanitarios, figuras populares y figuras públicas que esté dirigido a los temores de los padres, así como a sus deseos. A su vez, con el uso de las **nuevas tecnologías**, recae en los sanitarios una nueva actividad, pues han de estar actualizados para poder indicar fuentes fiables³⁷.

5.1.2. IMPLMENTACIÓN DE DECISIÓN COMPARTIDA ANTE UN CONFLICTO DECISIONAL

Una investigación cualitativa⁵² basada en entrevistas semiestructuradas realizada a un grupo focal de padres/madres con reticencia vacunal de Granada, revela que se obtendrían mejores resultados si se optara por un modelo de **decisión compartida**.

La toma de decisiones compartida es el modelo de interacción clínica propio de **la atención centrada en el paciente** la cual se fundamenta en el rol de los pacientes activos, que se implican e interesan por conocer lo que a su salud concierne y motivado a participar en las decisiones que se tomen al respecto⁵⁹.

Estudios⁵⁵ muestran que la situación de reticencia vacunal genera en la propia enfermera un **conflicto de identidad profesional** por la sensación de tener un conjunto de obligaciones morales y profesionales con la salud y bienestar del menor y la comunidad. Las dudas de los padres son percibidas como dudas sobre su juicio profesional, su autoridad como expertos y una falta completa de confianza con el sistema sanitario. Así, cuando los esfuerzos realizados para persuadir son infructuosos, los profesionales tienden a frustrarse y a calificar a los padres como *“intratables”* y su labor como profesional *“una pérdida de tiempo”*.

Sin embargo, la enfermera no puede caer en esa frustración ya que la reticencia vacunal, como se expone a lo largo del desarrollo, es un continuo de manifestaciones, por lo que no se puede pensar que la decisión del paciente es inamovible.

Al contrario de lo que pudieran pensar, los pacientes con reticencia vacunal a menudo atraviesan lo que se denomina **conflicto decisional**.

Un conflicto decisional se define como la disonancia cognitiva debido a incertidumbre sobre el curso de acción óptimo ante una elección que incluye riesgo, pérdida o cambios en los valores personales⁵⁹ y como tal está incluido dentro de los diagnósticos enfermeros. Así, existe una intervención NIC que contempla el apoyo en la toma de decisiones de los pacientes, informándoles sobre distintas opciones o alternativas y ayudándoles a aclarar sus valores y expectativas.

Un estudio descriptivo⁶⁰ realizado a 480 padres en un hospital pediátrico, de los cuales un 36% eran paciente de centro de salud, dio como resultado que aquellos padres a los que se les ofrecieron diferentes opciones de tratamiento tenían menos probabilidades de experimentar un conflicto decisional y más probabilidad de comprender los riesgos y beneficios de su decisión, en comparación con los padres que informaron que no se le dieron opciones. La mayoría de los padres dieron calificaciones positivas de los esfuerzos de AP en incluirlos en el proceso de toma de decisión.

En este contexto, destaca otro estudio cualitativo⁵⁵ realizado a 26 profesionales de AP, 17 médicos y 9 enfermeras, del Registro Australiano de Inmunización Infantil que tenían entre sus pacientes tasas de reticencia vacunal superiores a la media nacional. A estos se les preguntó específicamente cómo abordaron las dificultades que encontraron en sus interacciones. Mostraron que las enfermeras que ofrecieron la posibilidad de una vacunación tardía con respecto al calendario vacunal (combatiendo de esta forma el argumento de que la vacunación era muy precoz para el sistema inmunitario del bebé) fue visto muy positivamente por los padres como una oportunidad para validar su preocupación mientras se minimizaba el riesgo. En algunos casos, significaba la puerta de entrada a la aceptación de vacunas, a través de desmitificar la experiencia de vacunación.

La toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada. Por ello, se propone el **modelo teórico de toma de decisiones Ottawa**⁶¹. Este modelo fue desarrollado por Annette O'Connor, enfermera canadiense, con el fin de empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos de salud, para que incorporen sus valores y decidan la alternativa que mejor se adapte a su situación. Consta de cuatro fases (figura 4) y ayuda a la enfermera a saber identificar los signos de conflicto decisional (figura 5), así como adaptar el apoyo según la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el paciente (tabla 6).

Un aspecto importante por considerar en la implementación de un modelo de decisión compartida sería la inversión de tiempo realizada en la consulta. Analizar y explorar valores y preferencias puede resultar incompatible con la necesidad de optimizar el tiempo cuando existe una excesiva presión asistencial⁵⁹. Esta situación sumado a la frustración manifestada por profesionales cuando se enfrentan a padres con reticencia vacunal, puede generar el pensamiento de que se trata de una forma de trabajo superflua y contraproducente⁵⁵. Sin embargo la evidencia científica, tal y como lo reconoce la Agency for Healthcare Research and Quality⁵⁹ demuestra que los pacientes que se implican más consiguen mejores resultados. Así, un paciente formado en salud y motivado puede suponer una menor inversión de tiempo y una mejor adherencia al tratamiento.

5.1.2.1. Talleres

Otra vía que se ha de considerar es la de **potenciar la promoción de la salud**, realizando actividades dentro de un Programa de Salud que aumente la concienciación de la población, labor similar a la que realiza anualmente la OMS en la Semana Mundial de la Inmunización³⁷

Se propone la realización de campañas de información y de promoción de las vacunas a través de espacios que traten de contrarrestar las informaciones erróneas y pongan en práctica dinámicas de cooperación y no de competición discursiva, que partan del mutuo reconocimiento y que sitúen los cuidados en el centro de la agenda vacunal⁴¹. En este sentido, la enfermera escolar tendrá un papel crucial al tener la posibilidad de realizar sesiones con profesores, estudiantes y padres, así como la enfermera de AP en el centro de salud donde podrá realizar talleres enfocados a la Educación para la salud de los pacientes.

En definitiva, abandonar la idea coerción y adaptar la salud pública a valores más cooperativos. La estrategia no se puede limitar a la evidencia científico-técnica, sino que se ha de tener en cuenta los valores, que en sociedades pluralistas no son homogéneos.

Leininger (1994)⁶² establece una orientación Transcultural donde la enfermera ha de entender y respetar las creencias culturales, valores y estilos de vida de los pacientes para poder realizar unos cuidados culturalmente competentes, seguros y eficaces.

6. CONCLUSIONES

En la actualidad, el auge del movimiento antivacunas se entiende dentro de un contexto de cambio a un modelo de atención sanitaria centrado en el paciente, donde los padres participan activamente en las decisiones de salud con respecto a su hijo.

El análisis de la bibliografía consultada para la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado pone de manifiesto que en el desarrollo de corrientes de pensamiento reticentes a la vacunación influyen aspectos contextuales, individuales y específicos de la vacuna. La pluralidad de culturas, valores y creencias presentes en la sociedad propician que los conceptos de salud y percepción de riesgo no sean ni objetivos ni uniformes por lo que las campañas y acciones emprendidas para abordar la reticencia vacunal no pueden limitarse a la información científico-técnica sobre riesgos y beneficios de la vacunación, ya que, debido a las diferencias interpersonales, esta información no será interpretada de la misma manera por toda la población.

Con el fin de resolver los conflictos éticos que se derivan de la limitación de los padres en su autonomía para rechazar la vacunación, algunos Estados han entendido que la mejor forma de salvaguardar la salud pública y proteger a los individuos es mediante la implantación de una vacunación obligatoria que consiga altas tasas de vacunación.

Sin embargo, tal y como se ha analizado, esta intervención no garantiza el éxito e incluso propiciaría un aumento en los adeptos a esta corriente aumentando su actividad para conseguir la libre elección.

Es en este punto donde se reivindica el papel primordial de la enfermera en la aceptación vacunal como encargada de la administración de la vacunación. Para el correcto abordaje de reticencia vacunal por parte de la enfermera habrá que tener presente que la simple información de riesgos-beneficios de la vacuna no supone conocimiento ni genera un cambio de comportamiento por sí misma. Será imprescindible la instauración de formación para mejorar las habilidades de comunicación y adquirir hábitos deliberativos, la utilización de la asesoría por CEAS, así como la implementación de una comunicación eficaz, basada en el entendimiento de las razones de los pacientes, sus preferencias, valores o limitaciones. Explorar los valores del paciente, a través de la consulta o en dinámicas y talleres grupales, llevara al establecimiento de una relación clínica deliberativa que consiga la adherencia de los padres, mejore su satisfacción con la calidad asistencial y en última instancia suponga en algunos casos la puerta de entrada a la aceptación de la vacuna.

En vista de la trayectoria histórica que ha seguido el movimiento antivacunas con la existencia de detractores desde el origen de la vacunación hasta el día de hoy, a pesar del éxito indiscutible de la vacunación en la erradicación y control de enfermedades, se ha de pensar que este movimiento va a seguir existiendo y no puede contemplarse su erradicación absoluta como principal objetivo. Se han de articular respuestas más efectivas y respetuosas con los diferentes

valores, creencias y culturas de la población con el fin de dar herramientas a la enfermera para solventar de una manera eficaz los conflictos éticos que se derivan de la reticencia vacunal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riaño I, Martínez C, Sánchez M. Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. *An Pediatr.* [Internet] 2013 [citado 8 de marzo de 2020]; 79 (1):50-5. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539307>

2. Lopera E. El movimiento antivacunas : argumentos, causas y consecuencias.[Internet]. Madrid: Catarata; 2016. [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en:

<https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?el-movimiento-antivacunas-argumentos-causas-y-consecuencias-505>

3. Paplicki M, Susło R, Najjar N, Ciesielski P, Augustyn J, Drobnik J. Conflict of individual freedom and community health safety: Legal conditions on mandatory vaccinations and changes in the judicial approach in the case of avoidance. *Fam Med Prim Care Rev.*[Internet] 2018 [citado 12 marzo de 2020];20(4):389-95. Disponible en:

<http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-9e026c10-8584-4140-8256-7c8c8515ec1b>

4. Chervenak F, McCullough L, Brent R. Professional Responsibility and Early Childhood Vaccination. *Journal of Pediatrics.*[Internet] 2016 [citado 16 marzo de 2020]; 169(1):305-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26621045/>.

5. López T, Jaaskelainen F, Bedate C, Capella V, Serrano F, Reyes M, *et al.* Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. *Com Bioética España.*[Internet] 2016 [citado 16 de marzo de 2020];1-32. Disponible en:

http://aebioetica.org/asociacion/actividades-de-los-socios/738-informe-del_comitCuestiones-%C3%A9tico-legales-del-rechazo-a-las-vacunas-y-propuestas-para-un-debate-necesario%E2%80%9D.htm

6. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15 de noviembre de 2002) Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

7. Deem M. Responding to parents who refuse childhood immunizations. Nursing. [Internet] 2017 [citado 8 de marzo de 2020]; 47(12):11-4. Disponible en:
<http://insights.ovid.com/crossref?an=00152193-201712000-00004>
8. Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Juúdez J, Gracia D, et al. Ethics on prevention in primary care. Med Clin (Barc) [Internet]. 2001 [citado 15 de marzo de 2020];117(19):740-50. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301722439?via%3Dihub>
9. Doherty M, Buchy P, Standaert B, Giaquinto C, Prado-Cohrs D. Vaccine impact: Benefits for human health. Vaccine. [Internet] 2016 [citado 15 de marzo de 2020];34(52):6707-14. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27773475/>
10. San Miguel A, Ramos C. Historia de las vacunas y sueroterapia. Gac Medica Bilbao. [Internet] 2013 [citado 12 de marzo de 2020];110(3):74-80. Disponible en:
<http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/107>
11. Ramírez M. El legado de la real expedición filantrópica de la vacuna (1803-1810): las juntas de vacuna. [Internet] 2004 [citado 1 de marzo de 2020];1:33-61. Disponible en:
http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewFile/71/74?hc_location=ufi
12. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Generalidades de las vacunas. [Internet]2019 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en:
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1#3>
13. Justich P. El rechazo a vacunar a los niños: un desafío por enfrentar. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 [citado 15 de febrero de 2020];113(5):443-8. Disponible en:
https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2015/AE_Justich_anticipo_16-9-15.pdf
14. Callender D. Vaccine hesitancy: More than a movement. Hum Vaccin Immunother. [Internet] 2016 [citado 18 de marzo de 2020];12 (9): 2464-8. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27159558/>
15. Jiménez R, Sánchez I. Colaboración especial Dilemas en la atención a niños cuyas familias rechazan la vacunación. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet] 2018 [citado 15 de febrero de 2020]; 20:83-93. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322018000100015&lng=es&nrm=iso

16. De Menezes RC. Vaccine refusal – what we need to know. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo de 2020];94(6):574-81. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572018000600574&script=sci_arttext

17. Castillo O, Carrizo Juan. Manual de Vacunas. [Internet]. 2 ed. Caracas: Med Panam; 2013 [citado 14 de marzo de 2020]. Disponible en:

<https://www.medicapanamericana.com.bucm.idm.oclc.org/visorebookv2/ebook/9789806908420>.

18. World Health Organization. Report of the Strategic Advisory Group of Experts working group on vaccine hesitancy. [Internet]. 2014. Ginebra: WHO [consultado 3 de marzo de 2019]. Disponible en:

https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

19. World Health Organization. Vaccination reluctance: A growing challenge for immunization programs. [Internet] 2015 [citado 23 de abril de 2020]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/detail/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>

20. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, num 311 [Internet]. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

21. Montalvo F . Rechazo a las políticas públicas de vacunación. Análisis constitucional del conflicto desde los sistemas español y norteamericano. Derecho Priv y Const [Internet]. 2012 [citado 23 de abril de 2020];(26):203-37. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4283039.pdf%5Chttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extra?codigo=4283039>

22. Jefatura del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado [Internet] 1986 [citado 1 de abril de 2020];102:1-24. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

23. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2003 [citado 1 de abril de 2020];1-41. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

24. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1981 [citado 1 de abril de 2020];(134):12541-3. Disponible en:

<http://www.defensa.gob.es/Galerias/defensadocs/LO-4-1981-estados-alarma.pdf>

25. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 1986 [citado 1 de abril de 2020]; 102. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10498>

26. Jefatura de Estado. Ley 26 / 2015 , de 28 de julio , de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2015 [citado 1 de abril de 2020];1-71. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

27. Vergara N. La incidencia de la Ley 26 / 2015 en la Ley 41 / 2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario. Adolescere. [Internet] 2016 [citado 1 de abril de 2020]; 4 (1): 35-43. Disponible en:

[https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/35 la incidencia de la ley 26 2015.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/35%20la%20incidencia%20de%20la%20ley%2026%202015.pdf)

28. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2015 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>

29. Comisión Europea. Recomendación del consejo de 7 de diciembre de 2018 sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación (2018/C 466/01). Diario Oficial de la Unión Europea. [Internet] 2018 [citado 15 de abril de 2020].Disponible en:

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=OJ:JOC_2018_466_R_0001

30. Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: The position of the Italian pediatric society. *Ital J Pediatr*. [Internet] 2018 [citado 15 de marzo de 2020];44(1):1-4. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898770/>
31. World Health Organization. World Summit on Vaccination. [Internet]. 2019 [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/09/12/default-calendar/global-vaccination-summit>
32. Sánchez-González M, Herreros B. La bioética en la práctica clínica. *Medicina D*. [Internet] 2015 [citado 18 de marzo de 2020];53(34):66-73. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151n.pdf>
33. Servicio Madrileño de Salud. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. [Internet]. Actualización 2014. [Citado 1 abril de 2020]. Disponible en:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cartera-servicios-comunes-sistema-nacional-salud>
34. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Vacunas Coberturas de Vacunación [Internet] 2018 [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>
35. Murandi A. Clasificación de las Actitudes Parentales ante la Vacunación Pediátrica mediante Técnicas de Aprendizaje Automático. Proyecto de investigación U. Murcia. [Internet] 2016 [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en:

<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/49899>
36. Barry A, Bottasso OA, Vicco MH. The importance of being scientifically cautious when criticizing the administration of vaccines: «Retracted» post truth. *Immunotherapy*. [Internet] 2019 [citado 15 de abril de 2020];11(1):7-9. Disponible en:

<https://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/imt-2018-0062>

37. Ponce JA, Díaz-Ruiz M, Pabón M, Lomas-Campos M. El movimiento antivacunas como problema de salud pública: una revisión integrativa de la literatura. Rev Enferm da UFSM. [Internet] 2018 [citado 12 de abril de 2020]; 8(4):812. Disponible en:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29296>

38. Salleras L. Movimientos antivacunas: una llamada a la acción. Vacunas [Internet]. 2018. [citado 8 de marzo de 2020]; 19 (1):1-3. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-vacunas-72-avance-resumen-movimientos-antivacunas-una-llamada-accion-S1576988718300049>

39. Ociel M, Cea-Nettig X, González I. ¡No te vacunes! La ciudadanía biológica como dispositivo de control y forma de resistencia frente a las políticas en salud. Estud Atacameños. [Internet] 2019 [citado 2 de marzo de 2020];(62):311-23. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432019000200311

40. Roberts JR, Thompson D, Rogacki B, Hale JJ, Jacobson RM, Opel DJ, et al. Vaccine hesitancy among parents of adolescents and its association with vaccine uptake. Vaccine [Internet]. 2015 [citado 3 de marzo de 2020];33(14):1748-55. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25659278/>

41. Cruz Piqueras M, Rodríguez García de Cortazar A, Hortal Carmona J, Padilla Bernáldez J. Vaccine hesitancy: discourse analysis of parents who have not fully or partially vaccinated their children. Gac Sanit [Internet]. 2019 [citado 3 de marzo de 2020] ;33(1):53-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28928056/>

42. Sanford r. Kimmel, M.D., Medical College of Ohio.Vaccine adverse events: Separating myth from reality. Workplace Health and Safety. [Internet] 2002 [citado 3 de marzo de 2020]; 66 (11):7-10. Disponible en:

<https://www.aafp.org/afp/2002/1201/p2113.html>

43. Torres O. Claves para comprender la resistencia de los colectivos antivacunas: una controversia científico-tecnológica pública. Rev Humanidades Valparaíso. [Internet] 2018 [citado 15 de febrero de 2020];(11):7. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6600825>

44. Johnstone M. Ethics ethics , evidence and the anti-vaccination debate. Aust Nurs Midwifery J. [Internet] 2017 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261237/>

45. Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. Rev Bioet Derecho. [Internet] 2012 [citado 20 de abril de 2020];25:45-58. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000200005

46. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. Professional Responsibility and Early Childhood Vaccination. J Pediatr [Internet]. 2016 [citado 18 de marzo de 2020];169:305-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26621045/>

47. Aparicio M. Antivacunas: Un reto para el pediatra. Pediatría de Atención Primaria.[Internet] 2015 [citado 18 de marzo de 2020]; 17: 107-10. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300001

48. MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, et al. Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. Elsevier Ltd. [Internet] 2018 [citado 24 de marzo de 2020]; 36: 5811-8. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30143274/>.

49. Bester JC. Vaccine Refusal and Trust: The Trouble With Coercion and Education and Suggestions for a Cure. J Bioeth Inq. [Internet] 2015 [citado 7 de marzo de 2020];12(4):555-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626065/>

50. Betsch C, Böhm R. Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: Experimental evidence. Eur J Public Health.[Internet] 2016 [citado 28 de abril de 2020];26(3):378-81. Diponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297722/>.

51. NANDA. NNNConsult. [Internet].2002. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en:

<https://www.nnnconsult.com/ayuda/>

52. Martínez-Diz S, Martínez M, Fernández-Prada M, Cruz M, Molina R, Fernández MA. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. An Pediatr.[Internet] 2014 [citado 1 de marzo de 2020];80(6):370-8. Disponible en:

<https://www.analesdepediatría.org/es-demandas-expectativas-padres-madres-que-articulo-S1695403313003779>

53. Tierra MP, Villa Z, Marín C, Pedregal M. Satisfacción de las madres sobre la información recibida acerca de las vacunas infantiles. Metas Enferm. [Internet] 2015 [citado 3 de abril de 2020];18(4):63-9. Disponible en:

<https://medes.com/publication/100427>

54. Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. Med Clin (Barc). [Internet] 2011 [citado 5 de marzo de 2020];136(9):390-7. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-empatia-un-valor-troncal-practica-S0025775309010860>

55. Berry NJ, Henry A, Danchin M, Trevena LJ, Willaby HW, Leask J. When parents won't vaccinate their children: A qualitative investigation of australian primary care providers' experiences. BMC Pediatr. [Internet] 2017 [citado 3 de abril de 2020];17(1). Disponible en:

<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-017-0783-2>

56. Prado-Gascó VJ, Giménez-Espert M, Valero-Moreno S. The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy. Rev da Esc Enferm. [Internet] 2019 [citado 9 de marzo de 2020];53. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100451

57. Jacobson RM, St. Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine hesitancy. Mayo Clin Proc [Internet]. 2015 [citado 16 de marzo de 2020];90(11):1562-8. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26541249/>

58. Tafuri S, Gallone MS, Cappelli MG, Martinelli D, Prato R, Germinario C. Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. Vaccine [Internet]. 2014 [citado 8 de marzo de 2020];32(38):4860-5. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24262311/>

59. Costa AM, Almendro C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. Aten Primaria. [Internet] 2009 [citado 17 de marzo de 2020];41(5):285-7. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-un-modelo-toma-decisiones-compartida-S0212656709001929>

60. Boland L, Kryworuchko J, Saarimaki A, Lawson ML. Parental decision making involvement and decisional conflict: A descriptive study. BMC Pediatr. [Internet] 13 [citado 2 de abril de 2020]2017;17(1). Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28610580/>

61. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev Bras Enferm. [Internet] 2014 [citado 15 de abril de 2020];67(3):462-7. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300462

62. Fornons D.Madeleine Leininger: claroscuro trascultural.Index Enferm.[Internet] 2010 [citado 28 de mayo de 2020]; 19 (2-3). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022

ANEXOS

| CRONOLOGÍA SOBRE LOS PRINCIPALES EVENTOS HISTÓRICOS DE LA VACUNACIÓN | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1796 | Edward Jenner inventa primera vacuna contra la viruela |
| 1885 | Louis Pasteur procede a la vacunación contra la rabia |
| 1885 | Jaime Ferrán, vacuna contra la cólera |
| 1887 | Beumer y Peiper, vacuna contra la fiebre tifoidea de bacilos vivos |
| 1888 | Chantemasse y Vidal, vacuna contra la tifoidea de bacilos muertos. |
| 1891 | Emil Adolf von Gelming y Shibasaburo Kitasato, vacunas contra la difteria y el tétanos |
| 1892 | Haffkine, vacuna contra la peste |
| 1896 | Beumer, Fraenkel, Peiper y Wright, vacuna contra la tifoidea. |
| 1922 | Albert Calmatte y Camille Guérin, vacuna contra la tuberculosis. |
| 1923 | Gaston Ramon, vacuna contra la difteria. Thorvald Madsen, vacuna contra la tos ferina. |
| 1932 | Sawner, Kitchen y Lloyds, vacuna contra la fiebre amarilla. |
| 1937 | Salk, vacuna contra la gripe. |
| 1954 | Salk, vacuna inactivada contra la poliomielitis. |
| 1960 | Enders y Thomas C. Peebles, vacuna contra el sarampión. |
| 1962 | Séller, vacuna contra la rubéola. |
| 1966 | Hilleman, vacuna contra la parotiditis. |
| 1967 | Auslien, vacuna contra el neumococo. |
| 1968 | Gotschlich, vacuna contra el meningococo. |
| 1970 | David Smith, vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B. |
| 1973 | Takahasi, vacuna contra la varicela. |
| 1976 | Maupas y Hilleman, vacuna contra la hepatitis B. |
| 1979 | OMS declara erradicada la viruela |
| 1987 | Concepción de la Campa, vacuna contra el meningococo B. |
| Finales S.XX | Impulso de la ingeniería genética y de la vacunología reversa |

Tabla 1: Cronología sobre los principales eventos históricos de la vacunación. Elaboración propia.

Fuente:

- San Miguel A, Ramos C. Historia de las vacunas y sueroterapia. Gac Medica Bilbao. [Internet] 2013 [citado 12 de marzo de 2020];110(3):74-80. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/107>
- Lopera E. El movimiento antivacunas : argumentos, causas y consecuencias.[Internet]. Madrid: Catarata; 2016. [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?el-movimiento-antivacunas-argumentos-causas-y-consecuencias-505>

| TIPOS DE VACUNAS | | VACUNAS ATENUADAS (VIVAS) | VACUNAS INACTIVADAS |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Víricas | Enteras | <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre amarilla. - Rotavirus. - Sarampión-rubeola-Parotiditis (TV o SRP) - Varicela | <ul style="list-style-type: none"> - Poliomielitis inyectable. - Hepatitis A - Rabia - Encefalitis japonesa y transmitida por garrapatas. |
| | Subunidades | | <ul style="list-style-type: none"> - Gripe fraccionada o de subunidades. - Hepatitis B - Virus de papiloma humano. |
| Bacterianas | Acelulares | | <ul style="list-style-type: none"> - Tosferina acelular |
| | Conjugadas polisacárido + proteína | | <ul style="list-style-type: none"> - Haemophilus influenzae tipo b. - Meningococos C y ACWY. - Neumococo 10 y 13 valentes |
| | Enteras | <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculosis o BCG (no disponible en España). - Fiebre tifoidea oral. | <ul style="list-style-type: none"> - Cólera oral. |
| | Polisacáridos capsulares | | <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre tifoidea parenteral. - Neumococo 23 valente. |
| | Proteínas de superficie | | <ul style="list-style-type: none"> - Meningococo B. |
| | Toxoides | | <ul style="list-style-type: none"> - Difteria - Tétanos |

Tabla 2: Tipos de vacunas.

Fuente: Castillo O, Carrizo Juan. Manual de Vacunas. [Internet]. 2 ed. Caracas: Med Panam; 2013 [citado 14 de marzo de 2020]. Disponible en:
<https://www.medicapanamericana.com.bucm.idm.oclc.org/visorebookv2/ebook/9789806908420>.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <p>Considerar invertir en investigación conductual y de ciencias sociales en los determinantes de la vacilación vacunal en diferentes subgrupos de la población y trabajadores sanitarios.</p> <p>CR 15C y CC</p> | <p>Conjunto de acciones financiadas por Horizonte 2020 y acciones emprendidas por el ECDC para abordar la baja absorción de vacunas.</p> <p>Estudio de comportamiento sobre la vacunación para identificar los determinantes de la vacilación vacunal entre los diferentes subgrupos de población y trabajadores de salud.</p> | | | |
| <p>Proporcionar evidencia y datos, para apoyar los esfuerzos de los Estados miembros en fortalecer los aspectos relacionados con la vacunación y la inmunización en los planes de estudio de formación sanitaria y educación de posgrado.</p> <p>CR 13 Y CC</p> | <p>Desarrollo de módulos de capacitación de aprendizaje electrónico dirigido al profesional sanitario, especialmente de atención primaria, centrados en mejorar las habilidades para abordar las poblaciones vacilantes y promover el cambio de comportamiento.</p> | | | |
| <p>Trabajar para desarrollar metodologías comunes y fortalecer las capacidades para evaluar la efectividad relativa de las vacunas y los programas de vacunación.</p> | | | <p>Orientación sobre metodologías para evaluar la efectividad de las vacunas y los programas de vacunación.</p> | |
| <p>Contrarrestar la desinformación de la vacuna en internet y desarrollar herramientas de información basadas en evidencia y orientación para ayudar a los Estados miembros a responder a la vacilación de la vacuna.</p> <p>CR 9c and CC</p> | <p>Promoción de herramientas de información online como redes sociales, optimización de motores de búsqueda y medios especializados en sectores de salud, educación y servicios sociales</p> | | | |

Tabla 3: Hoja de ruta para la aplicación de acciones por la Comisión Europea basada en las recomendaciones del consejo sobre fortalecimiento de la cooperación contra enfermedades prevenibles por vacunación. Se muestran aquellas recomendaciones implicadas en el abordaje de reticencia vacunal. CR recomendación del Consejo y CC para la comunicación de la Comisión.

Fuente: Comisión Europea. Recomendación del consejo de 7 de diciembre de 2018 sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación (2018/C 466/01). Diario Oficial de la Unión Europea. [Internet] 2018 [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en:

https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/?uri=OJ:JOC_2018_466_R_0001

| CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS AEP 2020 | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|----------|-----|--------------|-----------------|-----------------|----|-------|
| VACUNA | EDAD EN MESES | | | | | | | EDAD EN AÑOS | | | | |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 11 | 12 | 15 | 3-4 | 6 | 12 | 14 | 15-18 |
| Hepatitis B | HB | | HB | | HB | | | | | | | |
| Difteria, tétanos y tosferina | DT Pa | | DT Pa | | DT Pa | | | | DTP a/ Tdp a | Tdpa | | |
| Poliomielitis | VPI | | VPI | | VPI | | | | VPI | | | |
| Haemophilus influenzae tipo b | Hib | | Hib | | Hib | | | | | | | |
| Neumococo | VN C | | VN C | | VN C | | | | | | | |
| Rotavirus | RV | RV | (RV) | | | | | | | | | |
| Meningococo B | | Men B | | Men B | | MenB | | | | | | |
| Meningococos C y ACWY | | | Men C | | | Men ACWY | | | | Men ACWY | | |
| Sarampión, rubeola y parotiditis | | | | | | SRP | | SRP | | | | |
| Varicela | | | | | | | Var | SRPV | | | | |
| Virus del papiloma humano | | | | | | | | | | VPV (dos dosis) | | |

Tabla 4: Calendario de vacunaciones sistemáticas 2020.

Fuente: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunación 2020. [Internet] 2020 [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en:

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep_2020_principal_mayo2020_0.pdf

| WORKING GROUP DETERMINANTS OF VACCINE HESITANCY MATRIX | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FACTORES CONTEXTUALES Influencias debido a factores históricos, socioculturales, ambientales, del sistema de salud/ institucionales, económicos o políticos. | <ul style="list-style-type: none"> a) Medios de comunicación. b) Líderes influyentes, responsables del programa de inmunización y grupos de presión contra la vacunación. c) Influencias históricas d) Religión, cultura, género, situación socioeconómica. e) Situación política. f) Barreras geográficas g) Percepción de la industria farmacéutica. |
| FACTORES INDIVIDUALES Y GRUPALES Influencias derivadas de la percepción personal de la vacuna o influencias del entorno social. | <ul style="list-style-type: none"> a) Experiencia personal, familiar y/o comunitaria con la vacunación. b) Creencias, actitudes sobre salud y prevención c) Conocimiento y conciencia d) Confianza y experiencia personal con el Sistema de salud y profesionales sanitarios. e) Relación riesgo-beneficio percibido (heurístico) f) Percepción de la inmunización como norma social al no considerarla necesaria. |
| FACTOR ESPECÍFICO DE LA VACUNA Influencia relacionada directamente con la vacuna o la vacunación. | <ul style="list-style-type: none"> a) Relación riesgo- beneficio desde la perspectiva de evidencia epidemiológica y científica. b) Introducción de una nueva vacuna o reformulación, así como una nueva recomendación para una vacuna existente c) Modo de administración d) Diseño del programa de vacunación y modo de entrega (por ejemplo, programa de rutina o campaña de vacunación masiva) e) Fiabilidad y/o fuente de suministro de vacunas y/o equipos de vacunación f) Calendario de vacunación sol. Costos g) La fortaleza de la recomendación y / o base de conocimiento y / o actitud de los profesionales de la salud. |

Tabla 5: Determinantes contextuales, individuales, grupales y específico de la vacuna grupo SAGE. Traducción propia.

Fuente: World Health Organization. Report of the Strategic Advisory Group of Experts working group on vaccine hesitancy, 2014 [Internet]. Ginebra: WHO [consultado 3 de marzo de 2019]. Disponible en:

https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GR_OUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

| ETAPA DEL PROCESO DECISIONAL | CARACTERÍSTICAS DEL CONFLICTO DECISIONAL | RECEPTIVIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.No pensar acerca de las opciones | Puede existir alto grado de conflicto | No siempre están dispuestos a discutir las opciones, se debe preguntar |
| 2.Pensando acerca de las opciones | Usualmente el grado de conflicto es el más alto | Es más receptivo al apoyo decisional |
| 3.Cercano a seleccionar una opción | El conflicto disminuye | Algunos usuarios desean revisar sus opciones. Se debe evaluar si la elección es informada y basada en los valores del usuario. |
| 4.Dando pasos para implementar una opción | Bajo nivel de conflicto | Se ha elegido el curso de acción, a veces están interesados en reconsiderar las opciones. |
| 5.Ya se ha hecho la elección | Usualmente existe bajo conflicto | Si es una elección reversible, puede querer revisar las opciones con la variación de signos y síntomas |

Tabla 6: Adaptación del apoyo decisional según etapas del proceso decisional del Modelo Ottawa.

Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev Bras Enferm. [Internet] 2014 [citado 15 de abril de 2020];67(3):462-7. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300462

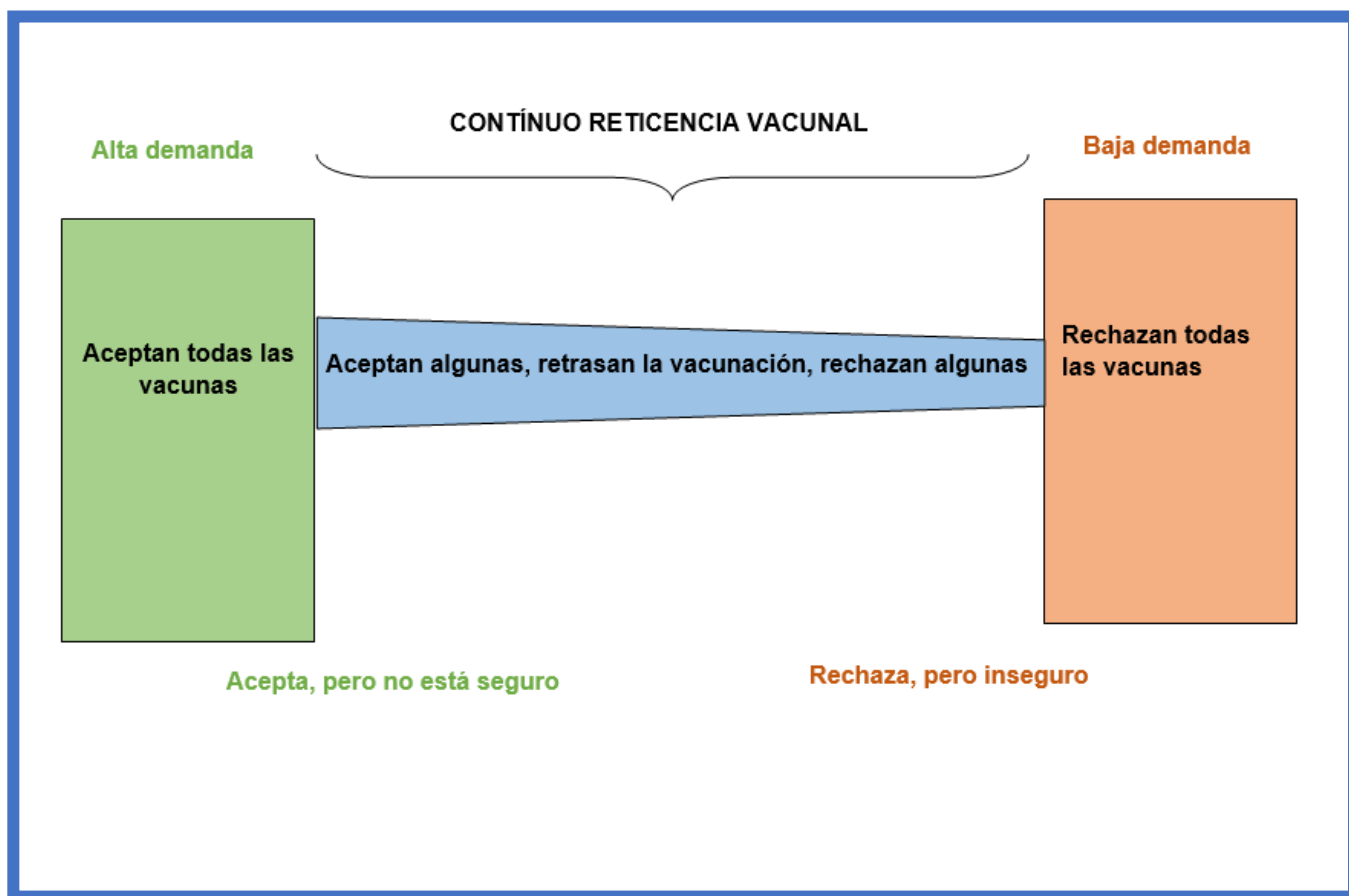


Figura 1: Continuo de expresiones de reticencia vacunal entre aceptación total y rechazo absoluto de las vacunas. Traducción propia

Fuente: World Health Organization. Report of the Strategic Advisory Group of Experts working group on vaccine hesitancy, 2014 [Internet]. Ginebra: WHO [consultado 3 de marzo de 2019]. Disponible en:

https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

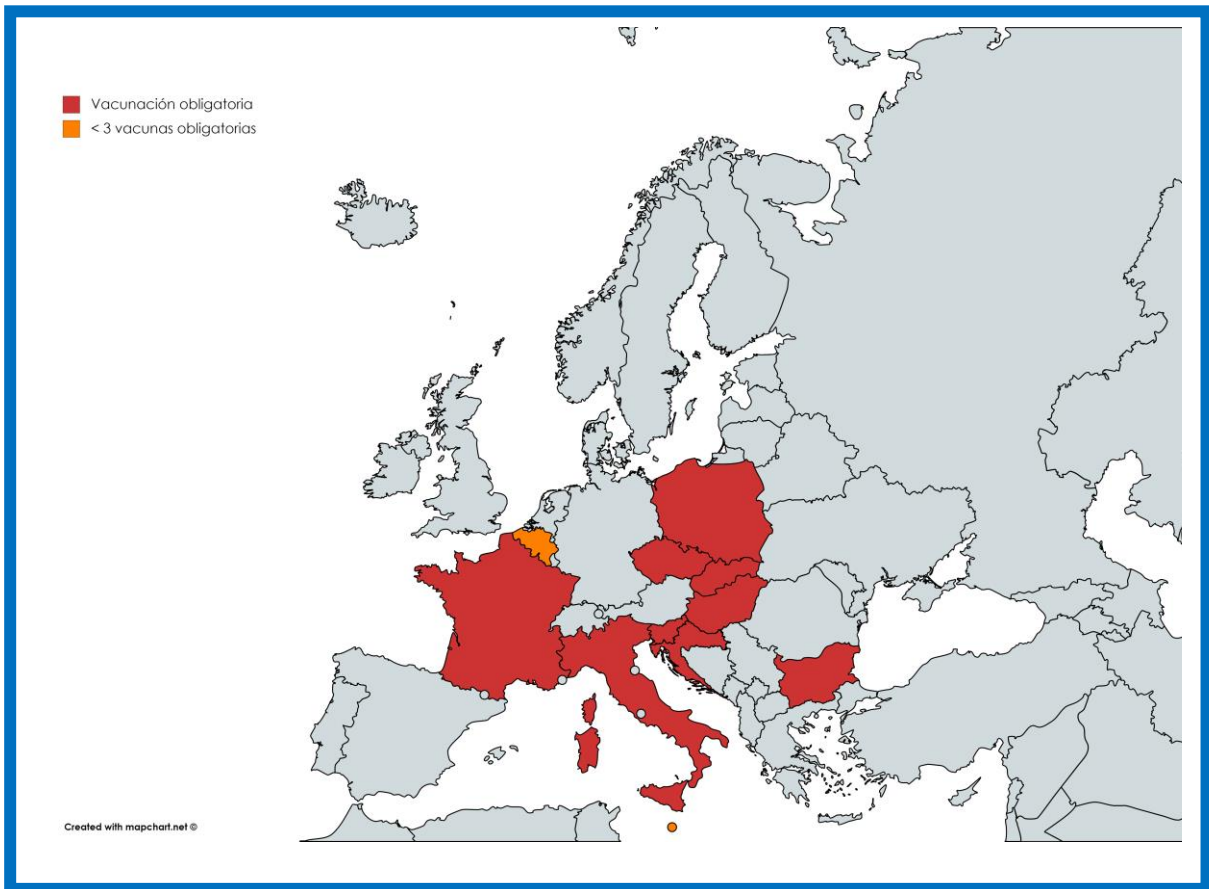


Figura 2: Vacunación obligatoria en distintos países de Europa. Elaboración propia.

Fuente: ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control ECDC. Vaccine scheduler in all countries of the European Union. [Internet] 2020 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

MÉTODO C.A.S.E.

Enfermera, no voy a vacunar a mi hijo.

¿Puedo preguntar el motivo?

No creo que sea necesario, el riesgo de contraer la enfermedad para la cual le vacuno es mínimo en comparación con los riesgos de la vacuna por sí

Le entiendo, yo también he llegado a plantearme lo mismo en alguna

Actualmente, apenas hemos tenido contacto con las enfermedades para las que vacunamos y es normal que nos entren dudas. Sin embargo, aprendí lo contrario de las conferencias a las que asistí y los artículos de revistas científicas que he leído.

¿Qué aprendiste?

Los efectos adversos graves son muy poco frecuentes: las reacciones alérgicas graves y las convulsiones febriles se producen alrededor de 1/10.000 casos de vacunación, y la encefalitis postvacunación en 1/1.000.000 de casos. Sin embargo, los efectos de la no vacunación tienen efectos más devastadores al afectar a la inmunidad de grupo, así como al aumento de mortalidad y morbilidad.

Le aconsejo que consulte las siguientes páginas web; Immunization Action Coalition, (www.immunize.org) o Voices for Vaccine, en el que encontrarás información sobre las vacunas, herramientas y testimonios (www.voicesforvaccines.org). A su vez, la página del CAV (vacunasaep.org) y la de la AEP que cuenta con información específica para los padres (enfamilia.aeped.es) donde encontrarás información veraz y clara acerca de la seguridad y efectividad de las vacunas. En la siguiente visita, podremos ver aquellas dudas que te hayan surgido y cómo podemos solucionarlas.

C
O
R
R
O
B
O
R
A
R

S
O
B
R
E
M
I

C
I
E
N
C
I
A

A
C
O
N
S
E
J
A
R

Figura 3: Ejemplo diálogo a través del método C.A.S.E. Elaboración propia.

Fuente: Jacobson RM, St. Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine hesitancy. Mayo Clin Proc [Internet]. 2015 [citado 16 de marzo de 2020];90(11):1562-8. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26541249/>

1. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DECISIONALES

- **Valoración general:** identificar y clarificar el problema decisional, predisposición del paciente, el tiempo disponible y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el usuario.
- **Valoración específica:** identificar los factores que inciden en la toma de decisión; conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las mismas y la participación de otros en el proceso decisional. Así como las características demográficas y clínicas del usuario.



2. PROPORCIONAR APOYO DECISIONAL

- **Receptividad del usuario.** Adaptar a la etapa del proceso decisional.
- **Características del usuario.** Este puede ser: activo, colaborador o pasivo.
- **Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados.** Presentar opciones, potenciales beneficios y daños. Entrega de información apropiada a las necesidades del usuario y verificando su comprensión.
- **Realineación de expectativas.** Se debe entregar información de manera que la persona se identifique con la situación.
- **Clarificación de valores.** El usuario debe comprender cómo afecta cada opción física, emocional y socialmente. En este punto, puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas con diferentes valores.
- **Presiones sociales.** Identificar personas que son significativas para el usuario y animar a participar en las discusiones deliberativas.
- **Afrontar falta de habilidades.** La enfermera ayudará al usuario a acceder y adquirir las habilidades que se consideren necesarias



3. FACILITAR EL PROGRESO EN LAS ETAPAS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN

Ir estableciendo acuerdo respecto a las opciones de elección del usuario



4. EVALUACIÓN DEL APOYO DECISIONAL.

Hay que asegurar que la decisión es una decisión informada y consciente con sus valores personales.

Figura 4: Distintas fases del Modelo Ottawa.

Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev Bras Enferm. [Internet] 2014 [citado 15 de abril de 2020];67(3):462-7. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300462

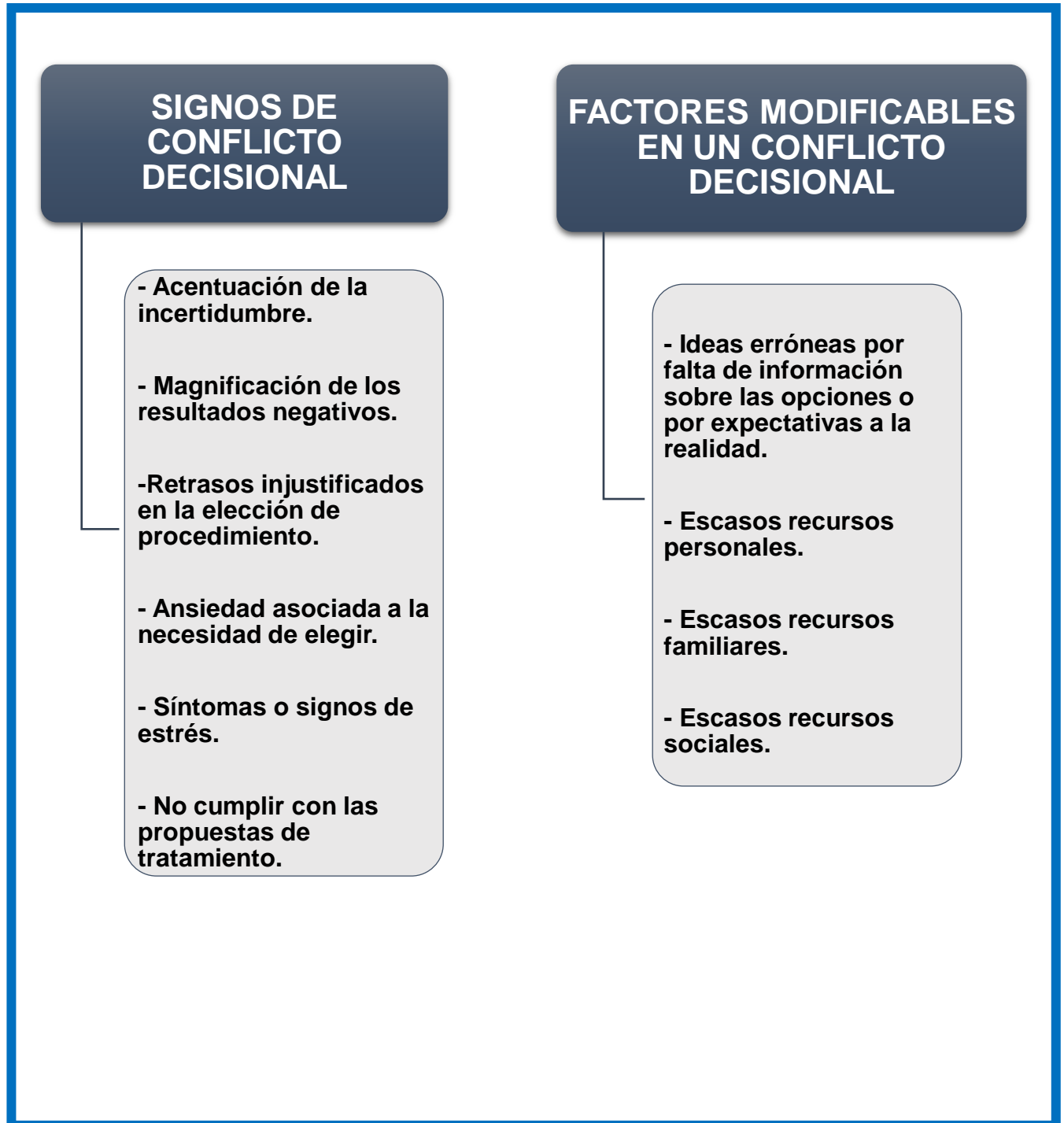


Figura 5: Signos y factores modificables en un conflicto decisional ⁵⁹

Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev Bras Enferm. [Internet] 2014 [citado 15 de abril de 2020];67(3):462-7. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300462